

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO BEST-SELLER
OUR BODIES, OURSELVES

NOSSOS CORPOS POR **NÓS** MESMAS

Um clássico do feminismo mundial

The Boston Women's Health Book Collective
& Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde



COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO Raquel Cardoso Pereira

COORDENAÇÃO DA TRADUÇÃO Érica Lima e Janine Pimentel

EDIÇÃO Luciana Carvalho Fonseca e Ana Basaglia

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA Consultar os nomes a partir da página 23

REVISÃO Helena Silveira Barbosa, Juliana Aparecida Gimenes, Luciana Carvalho Fonseca, Maria Teresa Mhereb, Marina Waquil e Viviane Veras

REVISÃO JURÍDICA Letícia Ueda Vella

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Nossos corpos por nós mesmas [livro eletrônico] : um clássico do feminismo mundial / The Boston Women's Health Book Collective, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde ; [coordenação Raquel Cardoso Pereira, Érica Lima, Janine Pimentel] -- 1. ed. -- São Paulo : Ema Livros : Editora Timo, 2023.
PDF

Vários tradutores.

Vários colaboradores.

Título original: Our Bodies, Ourselves

ISBN 978-85-67695-14-3

1. Mulheres - Doenças 2. Mulheres - Psicologia 3. Mulheres - Saúde e higiene I. The Boston Women's Health Book Collective. II. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. III. Pereira, Raquel Cardoso. IV. Lima, Érica. V. Pimentel, Janine.

22-139692

CDD - 613.04244

Índices para Catálogo Sistemático

1. Mulheres : Promoção da saúde 613.04244

[Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129]

Este livro segue as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

As informações publicadas neste livro não substituem a opinião e orientação de pessoas profissionais especialistas para casos específicos e são apenas complementares a essas. Todos os conteúdos são para fins informativos e não devem ser interpretados como consulta jurídica, médica, ou de qualquer outra pessoa com qualificações profissionais. Consulte sempre profissionais de sua confiança.

EMA LIVROS Praça Marquês de Itanhém, 51, anexo, Vila Madalena, São Paulo, SP - 05447-180
www.emalivros.com.br | contato@emalivros.com.br

EDITORA TIMO Praça Tcheco, 18, Vila Ipojuca, São Paulo, SP - 05057-080
www.editoratimo.com.br | contato@editoratimo.com.br

NOSSOS CORPOS POR NÓS MESMAS

Um clássico do feminismo mundial

The Boston Women's Health Book Collective
& Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

São Paulo, 2023

ema LIVROS

editora **timo** 

CONSELHO CIENTÍFICO-EDITORIAL

Laura Patrícia Zuntini de Izarra (Universidade de São Paulo) | Luciana Carvalho Fonseca (Universidade de São Paulo) | María Laura Spoturno (Universidad Nacional de La Plata, Argentina)

CONSELHO EDITORIAL

Coletivo Sycorax | Ana Basaglia | Helena Barbosa | Maria Teresa Mhereb | Marina Waquil

SUMÁRIO

- 7 Apresentação do projeto
- 11 Introdução
- 15 Prefácio à edição brasileira
- 19 Prefácio da equipe de tradução
- 23 Tradução, adaptação & revisão técnico-científica

PARTE 1 - NOSSOS CORPOS & NOSSAS IDENTIDADES

- 31 Capítulo 1 - Anatomia sexual, reprodução e ciclo menstrual
- 80 Capítulo 2 - Introdução à saúde sexual
- 99 Capítulo 3 - Imagem corporal
- 143 Capítulo 4 - Identidade de gênero e orientação sexual

PARTE 2 - RELACIONAMENTOS & SEXUALIDADE

- 185 Capítulo 5 - Relacionamentos e sexualidade
- 245 Capítulo 6 - Influências sociais na sexualidade
- 261 Capítulo 7 - Prazer sexual e consentimento
- 300 Capítulo 8 - Dificuldades no sexo

PARTE 3 - SAÚDE SEXUAL & ESCOLHAS REPRODUTIVAS

- 343 Capítulo 9 - Métodos contraceptivos
- 400 Capítulo 10 - Sexo mais seguro
- 421 Capítulo 11 - Infecções sexualmente transmissíveis
- 474 Capítulo 12 - Gravidez inesperada
- 491 Capítulo 13 - Aborto

PARTE 4 - GRAVIDEZ, NASCIMENTO & MATERNIDADE

- 543 Capítulo 14 - Desejando (ou não) a maternidade
- 560 Capítulo 15 - Gravidez e preparação para o parto
- 615 Capítulo 16 - Trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto
- 662 Capítulo 17 - Os primeiros meses da maternidade e da paternidade
- 712 Capítulo 18 - Aborto espontâneo, natimortos e outras perdas
- 743 Capítulo 19 - Infertilidade e tecnologias de reprodução assistida

PARTE 5 - A IDADE MADURA

- 785 Capítulo 20 - Perimenopausa e menopausa
- 860 Capítulo 21 - Quando envelhecemos

PARTE 6 - PROBLEMAS MÉDICOS & O SISTEMA DE SAÚDE

- 905 Capítulo 22 - Problemas médicos selecionados: mamas
- 940 Capítulo 23 - Problemas médicos selecionados: trato genital
- 995 Capítulo 24 - Entendendo o sistema de saúde brasileiro

PARTE 7 - IMPACTOS NA SEXUALIDADE & SAÚDE REPRODUTIVA

- 1051 Capítulo 25 - Violência contra as mulheres no Brasil
- 1076 Capítulo 26 - Saúde ambiental e das trabalhadoras
- 1116 Capítulo 27 - Políticas de saúde das mulheres
- 1137 Capítulo 28 - Ativismo no século 21

1165 Das editoras

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

*Alheias e nossas as palavras voam.
Bando de borboletas multicores, as palavras voam
Bando azul de andorinhas, bando de gaivotas brancas, as palavras voam.
Viam as palavras como águias imensas.
Como escuros morcegos como negros abutres, as palavras voam.
Oh! alto e baixo em círculos e retas acima de nós, em
redor de nós as palavras voam.
E às vezes pousam.*

(Cecília Meireles, Voo, In: *Melhores Poemas*)

EM DOIS momentos do ano de 2019, duas mulheres professoras de duas cidades distintas – Rio de Janeiro e Campinas – estudaram, sem combinarem, o mesmo texto com suas alunas e alunos da disciplina de pós-graduação que lecionaram naquele semestre. Intitulado “Traduzindo Mulheres: de histórias e re-traduições recentes à tradução ‘Queerizante’ e outros novos desenvolvimentos significativos”, o texto da pesquisadora canadense Luise von Flotow falava das dezenas de traduções de um livro “alternativo” sobre saúde e sexualidade da mulher bem como dos “aspectos performativos” que a tradução e a adaptação do texto “subversivo” colocava em evidência. Fascinados pela natureza da obra e pelos projetos internacionais de sua tradução, primeiro um grupo e depois o outro, sem que ambos se conhecessem, buscaram descobrir se existia uma tradução em língua portuguesa dessa obra chamada *Our Bodies, Ourselves* (OBOS) e, ao verificarem que não existia, tiveram a mesma reação: era necessário trazer urgentemente esse livro para o Brasil.

Foi, então, que um dos grupos fez contato com a coletivo feminista responsável pela produção do livro nos EUA, que explicou que, para que fosse autorizada a tradução em língua portuguesa, seria necessária a colaboração com uma organização não governamental (ONG), sem fins lucrativos, voltada para mulheres. Alguns meses mais tarde, foi a vez do outro grupo tomar a mesma iniciativa e receber a mesma resposta. Como no poema de Cecília Meireles, alheias e nossas as palavras voaram e, após círculos e retas, o coletivo norte-americano, representado por Judy e Norma, colocou as

duas equipes em contato. Pouco tempo depois, representado por Raquel, consultora administrativa e financeira, o Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade de São Paulo uniu-se às docentes que já tentavam conseguir a autorização para a tradução do livro.

Depois de muitas idas e vindas de burocracias entre as universidades – que fecharam um convênio de extensão para formalizar o projeto – e as ONGs, foi firmado o contrato denominado *Permission to Translate and Culturally Adapt 315 Pages from Our Bodies, Ourselves* entre a OBOS e o Coletivo. Desde o início, ficou claro que caberia a nós modificar o que considerássemos necessário para dar às leitoras brasileiras informações confiáveis sobre sexualidade, direitos reprodutivos, contracepção, menopausa, entre outros temas relevantes para nossa realidade, como aborto, cesarianas e sistema de saúde. Os primeiros passos foram dividir as equipes e os capítulos, definir o software a ser usado, os critérios terminológicos, a dinâmica de encontros e discussões. Assim, do lado da cooperação e voluntariado de mais de 30 pessoas envolvidas com tradução e revisão, também tivemos dezenas envolvidas com a adaptação. Entretanto, com a liberdade de voar também vieram os momentos escuros e as dificuldades.

Como poderíamos organizar nossos voos para que o pouso fosse o que todas as equipes desejavam, ou seja, fazer jus ao legado do OBOS? Como evitar cair nas armadilhas que vimos aparecer durante todo o processo, entre elas a preocupação de que as informações não estivessem suficientemente atualizadas ou estivessem muito enviesadas, muito brancas, médicas, acadêmicas, com um olhar de pessoas privilegiadas? Como lidar com as indecisões de um momento político que considera informação e empoderamento uma apologia ao crime, em um momento em que as críticas são muito mais presentes do que o desejo de ajudar ou de propor soluções? Mas, afinal, a publicação deste volume nos mostra, mais uma vez, que a história é escrita por aquelas mostram coragem, que fazem acontecer, que ousam contrariar o senso comum e propõem novos caminhos – ou, no nosso caso, uma nova tradução, com uma linguagem acessível, mais inclusiva, que deixa claro que o masculino não é o padrão nem é “neutro” e que o sexismo deve ser combatido em todas as esferas, inclusive linguística.

No final desta primeira etapa, podemos contar que com este livro aprendemos, durante toda execução do projeto, que um trabalho feito é melhor do que um trabalho perfeito. A cada vez que relemos um trecho, queremos refazê-lo ou pensamos em acrescentar mais informações, novos depoimentos, imagens, palavras... As dificuldades também surgiram no cumprimento dos prazos, uma vez que as equipes trabalharam voluntariamente na tradução, adaptação e revisão e, ao mesmo tempo, todas pessoas envolvidas precisavam dar conta dos próprios trabalhos para honrar os compromissos financeiros que continuaram, apesar da pandemia de Covid-19.¹

A certa altura, tivemos que aceitar que fizemos o melhor nas condições não ideais em que nos encontramos – em plena pandemia, com médicas precisando fazer

jus à profissão, docentes aprendendo a lidar com a interação on-line, universidades fechadas e toda programação cancelada. Até a vinda de Judy Norsingian e Norma Swenson ao Brasil, que teria ocorrido em maio de 2020, não pode acontecer. Foi preciso aprender a aceitar o que era possível e deixar de lado o que seria o ideal. Isso incluiu revermos as equipes, diminuirmos a quantidade de tradutoras e tradutores, adicionar pessoas de outras áreas na adaptação (não só médicas), a fim de contemplar os próprios temas trazidos pelos capítulos aqui publicados.

Como muitas outras mulheres dos muitos países para os quais o livro foi traduzido, nós também estamos tentando mudar o *status quo*, o que é árduo, não só por toda logística – muitas pessoas envolvidas, falta de tempo e de subsídio – mas também pelas questões que nos foram caras desde o início: quais palavras usar, como mostrar nossos feminismos múltiplos, como incluir e fazer reverberar a voz da imensa pluralidade que nos constitui e como deixar claro que nossas escolhas são frutos de reflexões?²

Resta acreditar que as palavras escolhidas, as que “pousaram”, vão possibilitar muitos voos – acima de nós, em redor de nós – e que aprendemos o bastante para encarar outros desafios que estão por vir.

Por fim, nosso muito obrigada: à Norma Swenson, pelo apoio à Raquel nos Estados Unidos, para quem “sem ela [Raquel], seria mais difícil”. Às nossas alunas e alunos – pelo comprometimento, pelo ativismo e, acima de tudo, por saberem o poder que tem a tradução.

Érica Lima, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Janine Pimentel, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Raquel Pereira, Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade de São Paulo (CFSS)

NOTAS

1. Após o processo terminado, foram recebidos subsídios da própria OBOS, o que possibilitou o pagamento de algumas pessoas envolvidas na adaptação e revisão. As equipes das universidades permaneceram como voluntárias, conforme firmado inicialmente.
2. A princípio, a proposta era fazer a publicação em três volumes. Em 2021, foi publicado o primeiro volume com sete capítulos. Contudo, com o subsídio recebido, optou-se por fazer nova publicação com todos os capítulos, conforme o livro original.

INTRODUÇÃO

NOSSO DESEJO de realizar a atualização técnico-científica do livro *Our Bodies, Ourselves*, bem como adaptar suas discussões para o contexto cultural brasileiro nasce de uma profunda admiração e identificação com o trabalho que o Coletivo de Boston realiza desde 1969 nos Estados Unidos, influenciando a vida das mulheres em muitos outros países. Quando o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS) foi fundado no Brasil, em 1981, o Coletivo de Boston já era uma referência importante no pensar sobre saúde e autocuidado das mulheres. Fundadoras do CFSS fizeram intercâmbios em organizações que pautavam perspectivas feministas na atenção à saúde, visitando lugares de grande inspiração para o modelo de atendimento feminista, destacando-se o Coletivo de Boston e o Dispensaire des Femmes, localizado na Suíça. Além desse contato direto, o Coletivo de Boston sempre esteve presente no cotidiano do CFSS através de exemplares em inglês, espanhol e francês do *Our Bodies, Ourselves* disponíveis em nossa biblioteca como fonte de estudo e inspiração. Após anos sonhando com uma tradução para a realidade brasileira, sentimo-nos honradas em participar desta adaptação.

A nova geração de integrantes do CFSS voltou a arejar o ambulatório de saúde das mulheres a partir de 2013, com a retomada de consultas individuais e coletivas, oficinas de autoconhecimento e elaboração de materiais de educação em saúde. Essas atividades foram pensadas através do resgate de documentos históricos da década de 80 e incorporaram a Saúde Baseada em Evidências para apoiar as pessoas que buscam cuidados em saúde a tomar decisões informadas.

No Brasil, o corpo das mulheres costuma ser submetido a rotinas ginecológicas distorcidas, com julgamentos morais baseados em preconceitos de gênero e prescrições de medicamentos para a correção de supostas falhas em seu funcionamento natural. Isso torna nossa experiência de vida extremamente medicalizada e nos aliena da possibilidade de decidir por nós mesmas a respeito das intervenções a que irão nos submeter. A construção do trabalho do CFSS objetivou, portanto, apoiar a autonomia das mulheres no cuidado de si, e recentemente passou a estender essa proposta a todas as pessoas sem distinção de gênero, sexo biológico ou idade.

A tradução e adaptação deste livro é um grande passo em direção à popularização de conhecimentos tradicionalmente restritos a profissionais de saúde. É um desafio

fazer a adaptação cultural de um livro para um contexto tão diverso quanto o das mulheres brasileiras, por isso destacamos a importância dos depoimentos ao longo dos capítulos. As experiências no contexto do aborto e do enfrentamento à violência contra as mulheres na realidade brasileira são muito diferentes da versão estadunidense, seja pela legislação, seja pela existência do Sistema Único de Saúde (SUS) e também em decorrência das particularidades do movimento social e ativismo.

Diversas são as especificidades deste livro. Nossa cultura, nossa relação com nossos corpos e até a forma como o machismo atravessa nossas vidas afetam nossa experiência de adoecimento enquanto mulheres. Além disso, no Brasil, as mulheres se organizaram para conquistar e continuam se organizando para proteger seu direito à saúde, pois enfrentamos atualmente inúmeras tentativas de retrocessos no campo da justiça reprodutiva. No entanto, descobrimos haver muitas semelhanças entre vivências geograficamente distantes, sendo marcantes as similaridades atreladas à vivência de gênero. A oportunidade de ler um livro e se identificar com mulheres de uma outra realidade cultural é imensa e nos aproxima.

Um dos elementos que tivemos que considerar e citar diversas vezes ao longo dos capítulos é o fato de termos no Brasil um sistema de saúde de cobertura universal, o SUS, nossa referência de assistência à saúde pública. Ao longo do livro, mencionamos a importância do SUS e orientamos as pessoas a conhecer e utilizar os serviços próximos de suas casas se ainda não o fazem. Ainda que seja alvo de duras críticas quanto a insuficiência de seus serviços, o SUS segue oferecendo cuidados diversos, desde os preventivos até tratamentos de alto custo indisponíveis por outras vias no país. O processo de desinvestimento que vem sofrendo há anos, cuja agudização recente se concretiza no congelamento do seu orçamento anual, é consequência de decisões políticas atreladas a interesses particulares. Por isso ressaltamos que o SUS prevê ferramentas de controle social e que é nossa responsabilidade prezar por sua manutenção, expansão e aprimoramento, recusando o retrocesso de nossos direitos.

No Brasil, diferentemente de vários estados dos Estados Unidos, possuímos uma legislação extremamente restritiva em relação ao aborto, assim como uma rede de serviços que não concretiza os cuidados à gestação indesejada já previstos em lei. Como resultado da criminalização e da insuficiência da rede de aborto legal, mais de 500 mil mulheres abortam clandestinamente por ano no Brasil, muitas sem a chance de orientação de redução de danos, o que faz com que se submetam a métodos inseguros de abortamento. Por esse motivo, o capítulo sobre o tema foi completamente reescrito. Buscamos destacar as diferenças entre aborto inseguro e clandestino e a experiência do movimento feminista brasileiro na difusão de informações de qualidade sobre a realização do procedimento.

Em relação ao capítulo que aborda o enfrentamento da violência contra as mulheres, inúmeras são as razões que levaram à reescrita do texto. Em primeiro lugar,

como resultado de uma intensa luta do movimento feminista brasileiro, o Brasil possui uma das legislações mais avançadas do mundo no enfrentamento da violência contra as mulheres: a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006). Em razão disso, diferentemente do que ocorre nos Estados Unidos, o enfrentamento das violências contra as mulheres em nosso país é realizado por meio de políticas públicas voltadas à prevenção, acolhimento das mulheres e responsabilização – não necessariamente criminal – dos autores de violência. O acúmulo de experiência do CFSS a partir dos grupos reflexivos com homens atuados nos permitiu a construção de um olhar diverso para a prevenção da violência contra as mulheres. Assim, construímos este capítulo a partir de nossas experiências no acolhimento e atendimento de mulheres e dos aprendizados construídos por meio do trabalho realizado com homens e masculinidades. Ainda que o combate à violência de gênero e o acesso à saúde tenham sido as duas principais bandeiras do movimento feminista lançado na década de 80, o direito a uma vida livre de violência não é a realidade brasileira. O impacto dessa violação, ainda que silenciosa para muitas de nós, impregna cotidianamente nossas vidas.

Cientes da importância de compartilharmos conhecimentos e vivências genuinamente atreladas às condições de gênero, convidamos a esta leitura com a esperança de que ela consiga traçar uma narrativa feminista da saúde brasileira. Nela, incluímos nosso compromisso antigo e muitíssimo vivo de lutar pela transformação da desigualdade através da ampliação da autonomia sobre si: através de nosso primeiro território, nossos corpos, por nós mesmas.

Esperamos que gostem da leitura!

Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade de São Paulo (CFSS)

PREFÁCIO À EDIÇÃO BRASILEIRA

ESCREVEMOS ESTE prefácio a quatro mãos, cada uma contando quanto o OBOS nos inspira em nossa vida e em nosso ativismo. Eu, Simone, começo contando que quando estava no final do curso de Medicina, severamente angustiada com a prática misógina que me era oferecida como a medicina oficial, encontrei na casa de uma amiga uma das primeiras edições do *Our Bodies, Ourselves*. Usando uma gíria daqueles tempos, as fichas caíram, todas de uma vez. Foi uma revelação, de grandes proporções, que, junto com a leitura de Caldeyro-Barcia (citado, aliás no livro), me fez decidir pela Medicina Preventiva e não pelas Ginecologia e Obstetrícia, caminho natural das interessadas em saúde da mulher. Ambas as obras me fizeram entender como a prática médica, fundamental por seu potencial em salvar vidas, poderia ser também violenta e irracional, descolada de evidências empíricas e abertamente abusiva.

Quando vim para São Paulo fazer residência médica, encontrei dois encantos. Um deles, o CIM, Centro de Informação Mulher, que ficava em um sobrado em uma vilinha charmosa no centro de São Paulo. Lá naquela fabulosa biblioteca só de feminismo, com infinitas estantes de maravilhas, encontrei todas as edições do OBOS até então, e seus derivados *Ourselves Growing Older* (Nós, ficando mais velhas), *Ourselves and Our Children* (Nós e nossas filhas e filhos) incluindo algumas traduções. Saibam que o CIM ainda existe, ainda que na resistência. O outro encanto foi o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (CFSS), que abriu um ambulatório em 1985, com uma turma de feministas dispostas a subverter o estado de coisas na assistência à saúde da mulher.

Tudo isso fazia parte de um movimento político em que emergem o conceito de integralidade e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que já buscava responder a uma agenda feminista organizada na saúde, contando com muitos grupos ativos, e expressa na histórica Carta de Itapeverica (1984). Devo às leituras e discussões daquela época muito do que sou hoje, como pessoa, professora e pesquisadora, e tento inspirar o mesmo encanto nas gerações mais jovens.

Os ‘coletivos’, inclusive os feministas, derivam das formas de organização horizontais inspiradas pelo anarquismo e pelos ventos libertários reavivados nos anos 1960, e trouxeram consigo uma inovação política e metodológica: a criação e disseminação coletiva do conhecimento, antecipando em décadas o que hoje alguns chamam crowdsourcing. Cansadas de narrativas perversas sobre sua saúde e sexualidade, as

mulheres tomaram em suas mãos a tarefas de traduzir o que se sabia, mapeando os vieses e incertezas. Desafiando o saber estabelecido, trouxeram a experiência concreta das mulheres com seu corpo, saúde, adoecimento, e seu confronto com o sistema de saúde – analisado também em seus aspectos históricos e de gênero, antes de o conceito ser consagrado. O OBOS foi pioneiro em dar voz e integrar o movimento crítico interno à própria medicina, que deu à luz ao que chamamos, hoje, MBE, ou Medicina Baseada em Evidências. Anos antes da fundação da Colaboração Cochrane, seus fundadores já estavam no OBOS.

As sucessivas edições traziam fotografias e narrativas de mulheres reais, com problemas práticos, invisíveis às práticas de saúde. Trazia também magníficos poemas, alguns dos quais ainda me levam às lágrimas. O OBOS popularizou práticas consideradas inovadoras até hoje, como o autoexame genital feminino, adotado pelo CFSS como parte da sua rotina de consultas, e mesmo feito coletivamente, em encontros feministas.

Em 1987, conheci Norma Swenson, Judy Norsigian no Encontro Internacional Mulher e Saúde, na Costa Rica (aquele que decidiu pelo dia 28 de maio como o dia internacional de Ação pela Saúde das Mulheres). Em 1990, no Encontro Feminista Latinoamericano e do Caribe na Argentina, além de Norma e Judy, e tive o prazer de conhecer Esther Rome. Honras das honras, Norma, minha madre superiora no feminismo, participou de um workshop que fizemos sobre “As mulheres e a Mentira”, inspirado em Adrienne Rich. No ano seguinte, visitei pela primeira vez o Coletivo de Boston, que viria a visitar novamente indo a Harvard a convite de Norma, então professora naquela universidade. Sim, era um feminismo muito internacionalizado, e isso antes da internet, com redes global e latino-americana pela saúde e direitos reprodutivos. Esta internacionalização levou a grandes vitórias na formalização dos direitos das mulheres, expressas na conferência das Nações Unidas na década de 1990 (Viena, Cairo e Pequim, por exemplo). É especialmente importante lembrar deste percurso, quando direitos duramente conquistados encontram-se constantemente ameaçados.

Muita água passou debaixo das diversas pontes da história e, dando um salto para o momento atual, quero deixar registrado meu orgulho da nova geração de feministas e do CFSS. Mais de uma vez participei de iniciativas para traduzir o OBOS para o português, que não foram adiante, por isso meu entusiasmo pela edição que virá. Hoje, sobrecarregada pelas muitas responsabilidades institucionais, nem consigo dar a devida atenção que merece este projeto maravilhoso, com enorme potência para transformar a realidade de saúde das mulheres e sua relação com o próprio corpo, em uma perspectiva feminista e amorosa.

Esta publicação é um sonho coletivo, que agora vemos realizado na edição em português. A todas aquelas que participam desta empreitada maravilhosa, minha profunda e grata admiração, e a Bia Fioretti, por me convidar para esta celebração, esta inspiração transgeracional.



A primeira vez que eu, Bia Fioretti, ouvi falar de *Our Bodies, Ourselves* (OBOS), foi através do brilho nos olhos da professora Carmen Simone Grilo Diniz que nos trazia o debate histórico/social de questões de gênero, contando sobre o livro do Coletivo de Saúde das Mulheres de Boston, o Coletivo Feminista de Sexualidade de São Paulo e o papel que eles tiveram na sua trajetória de vida. Naquela época, 2011, eu era uma aluna ouvinte da disciplina de gênero e saúde materna, na Faculdade de Saúde Pública USP (FSP-USP). Eu havia deixado uma carreira de sucesso como publicitária com o sonho de me dedicar à comunicação em saúde, desde então sou comprometida com as questões de gênero, ativismo e direito de escolha informada, pilares norteadores que me levaram a fazer mestrado na UNIFESP e doutorado na USP.

Em 2018, durante o doutorado, fiz uma visita técnica em Boston. Por intermédio da professora Simone, fiz também uma visita ao Coletivo de Boston. Eu fui recebida por Judy Norsigian, em sua casa, onde houve uma reunião com algumas mulheres do coletivo, inclusive Norma Swenson. Aquele encontro foi fundamental para o fortalecimento da minha determinação em trabalhar com comunicação em Saúde Pública. Era inimaginável estar diante de algumas das autoras do OBOS, pessoas atuantes nos movimentos sociais, movidas a dar visibilidade à condição feminina, como um sacerdócio! Nossa conversa fugiu da apresentação acadêmica que eu havia preparado, compartilhamos nossas peregrinações como mulheres em busca de acolher, identificar, dar suporte e ampliar a voz de outras mulheres. O que tenho a relatar sobre este encontro é que nos comunicamos muito além das palavras, nos comunicamos pela vibração feminista.

Além dos livros autografados saí de Boston com o sonho de ter OBOS traduzido para o português, oportunidade que surgiu no final de 2019 com a iniciativa desta equipe de tradutoras, do Coletivo Feminista de Sexualidade de São Paulo e da incansável Raquel Pereira. Os processos de transformação de *Our Bodies, Ourselves* em *Nossos corpos por nós mesmas* foram de muitos aprendizados e desafios. Foi necessário conciliar as especificidades de idiomas e culturas distintas; buscar uma unidade em uma obra essencialmente coletiva; fazer as atualizações técnicas e científicas (como, por exemplo, sobre a fisiologia do clitóris, uma descoberta mais recente que nas outras publicações) e trazer o contexto brasileiro, um processo que exigiu pesquisas e reflexões tanto positivas, como negativas. Um exemplo positivo do Brasil, comparado aos Estados Unidos, é ter um órgão regulador atuante como a Anvisa – parte do Sistema Único de Saúde (SUS) – na normatização de produtos de estética e intervenções (como no caso do bronzamento artificial). Como ponto negativo, disputamos recordes mundiais das intervenções cirúrgicas e estéticas, inclusive em adolescentes.

Após muitos meses de trabalho e na véspera de entregarmos a revisão científica nos demos conta de que os depoimentos eram todos de pessoas estadunidenses. Eles faziam sentido no contexto do livro, mas não eram as vozes de pessoas brasileiras. Não poderíamos deixar passar esta oportunidade. Iniciamos uma curadoria em busca da identidade do livro, um trabalho desafiador e gratificante, que nos fez sair da nossa zona de conforto.

Compartilhamos com você neste livro a generosidade e a intimidade de pessoas que trouxeram muitas reflexões como Amiel, que abre os nossos olhos sobre sociedade dual que só considera o masculino ou o feminino e trata a natureza do intersexo como anomalia e não como características de pessoas diferentes; e Lulu, que também vai te deixar emocionada com a sua garra em vivenciar sua sexualidade e a busca da maternidade em um parto humanizado, mesmo depois de ter perdido as duas pernas.

Há também a professora Aza, que nos mostra o quanto nossos cabelos podem refletir a nossa identidade. Aza vai além da aparência e traz a presença da mulher negra na academia. Você irá se deparar com os depoimentos sobre a importância do visagismo como uma forma da libertação e de (in)visibilidade lésbica.

Além delas, Thais, que alguns meses depois foi eleita vereadora no Rio de Janeiro, e Dandara trazem sua experiência com o colorismo e Onika também aborda a importante questão do colorismo na vida de uma mulher negra, travesti, periférica e articuladora social.

Como o Brasil é recordista mundial de ninfoplastia, a história de Jacqueline, que só depois de ter feito uma intervenção na vulva se deu conta que os seus padrões de referência vinham da pornografia e não da realidade, irá gerar muitas reflexões sobre imagem corporal, autoestima, intervenções estéticas, auto aceitação, a jornada em busca de padrões e a luta contra os padrões. Além disso, pesquisamos sobre gordofobia, ageísmo, padrões sugeridos pela mídia, intervenções cirúrgicas na infância, adolescência, na fase adulta e na maturidade, e muito mais.

Este livro vai além de oferecer informação sem conflitos de interesse, ele procura reverberar as vozes de muitas dores que não são percebidas pela sociedade. Através dessas histórias exclusivas, criamos novos vínculos, parcerias e amizades. Agora queremos te dar as boas vindas ao *Nossos corpos por nós mesmas*, a versão e adaptação brasileira de OBOS e dizer que, à medida que você tomar decisões informadas sobre seu corpo e sensibilizar as pessoas ao seu redor, você estará também fazendo parte desta rede coletiva que vem sendo construída mundialmente há 50 anos.

Simone Grilo Diniz, Universidade de São Paulo (USP)

Bia Fioretti, Universidade de São Paulo (USP)

PREFÁCIO DA EQUIPE DE TRADUÇÃO

A TRADUÇÃO do primeiro volume do livro *Nossos corpos por nós mesmas* foi realizada por muitas mãos. Mãos de diferentes cores, com diferentes traços, que já pegaram muitas canetas e encostaram em teclas de computadores diversas. A trajetória de cada tradutora que contribuiu para esta tradução é diferente: algumas estão na Universidade Estadual de Campinas, enquanto outras, na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Apesar das centenas de quilômetros que nos separam, partilhamos a vontade de fazer com que este livro chegue a outras mãos que não apenas as nossas; que caia sob os olhos de outras pessoas que não somente os nossos. Para isso, a tradução tem papel crucial. Se aceitamos fazer parte deste grande projeto, é porque acreditamos em sua potência como uma importante ferramenta de divulgação de informação e, principalmente, de empoderamento e resistência para as leitoras brasileiras.

O desafio tradutório se colocou logo de início ao nos depararmos com mais de 900 páginas a serem traduzidas e com um grupo de tradutoras voluntárias composto por mais 20 pessoas (incluindo alguns homens), o que evidentemente só se tornou possível graças a inúmeras reuniões e discussões. No começo do projeto, nossas reuniões eram presenciais, sendo um grupo presencial em Campinas e um grupo no Rio de Janeiro. Com o início da pandemia de Covid-19, em meados de março de 2020, no entanto, transferimos nossas reuniões para o ambiente virtual, o que teve como resultado positivo o encontro e a aproximação, mesmo que *on-line*, das pessoas que compõem os dois grupos, bem como o contato, em um momento posterior, com as integrantes do Coletivo Feminista, enriquecendo, cada vez mais, as discussões dos problemas que encontramos na tradução.

Como mencionado, o processo de tradução tem sido um grande trabalho em conjunto, envolvendo profissionais de várias áreas, com diversas formações, e pessoas vindas de várias partes do Brasil e do exterior, o que tem feito as discussões serem contínuas e as negociações, enriquecedoras, visando, dessa forma, um texto final claro, com informações corretas, de fácil acesso e leitura.

Nesse sentido, foi preciso pesquisarmos e nos informarmos a respeito de questões relacionadas ao corpo da mulher, tais como sexo seguro, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e métodos contraceptivos, que, apesar de afetarem o corpo da

mulher cotidianamente, são temáticas pouco discutidas na esfera social, seja entre familiares ou no círculo de amizades, e muito menos na escola, tendo em vista haver um grande “tabu” envolvendo tais questões, como se tal conhecimento fosse desde sempre conhecido pelas mulheres, ou melhor, fosse obrigatório ser conhecido por elas simplesmente por serem mulheres. Ou talvez seja o machismo subjacente que faz com que os homens, em posição de poder, não vejam necessidade de se discutir temáticas que não digam respeito a seus corpos masculinos. Em contrapartida, todo o processo nos permitiu conhecer melhor nossos próprios corpos e nos empoderarmos em relação às nossas escolhas, sem dependermos tanto de profissionais da área da saúde, que nem sempre nos apresentam todas as opções quando se trata de nossa saúde (mais uma vez, muitos profissionais da saúde são homens, o que não permite a eles enxergarem certos aspectos da saúde feminina).

Além disso, a tradução envolveu a reflexão acerca da linguagem inclusiva, tanto no que diz respeito ao uso do masculino neutro na língua portuguesa quanto a necessidade de inclusão também de pessoas transgênero na linguagem utilizada por nós. Entretanto, cabe ressaltar que o uso de uma linguagem mais inclusiva não foi natural e imediato, mas sim um processo de conscientização da necessidade de se evitar escolhas linguísticas que não contemplassem a diversidade de gêneros e que mantivessem a tendência inconsciente do masculino neutro, tanto que, mesmo na revisão final, várias alterações foram feitas nesse sentido, apesar de a tradução ter sido realizada sempre com isso em mente desde o princípio. Assim, percebe-se que se trata de um exercício constante de reflexão sobre a linguagem. Mesmo conscientes de como a língua reflete o machismo, desprender-se da linguagem machista e usar uma linguagem inclusiva ainda se mostra um desafio.

Desse modo, torna-se perceptível o papel da tradução na reflexão sobre a língua e a linguagem, uma vez que foi a partir do texto em inglês, que não costuma marcar o gênero ao utilizar o neutro, que se pensou em alternativas para, sempre que possível, evitar essa marcação em português.

Com relação ao envolvimento da equipe, é preciso salientar que, muitas vezes, nos emocionamos e tivemos que deixar a tradução/adaptação para outro momento, pois, como mulheres, nos colocamos na pele daquelas cujos relatos estão inseridos no decorrer destas páginas, e muitas das histórias foram extremamente comoventes e tocantes. São situações como essas que fazem mais explícita a impossibilidade de uma tradução “neutra”. Os assuntos tratados dizem respeito a nossos corpos, a nossas vidas e, assim, não podemos traduzir sem que haja certo envolvimento com os textos.

A convicção de que *Nossos corpos por nós mesmas* tem um poder significativo para a conscientização das mulheres sobre o domínio que elas têm sobre si é o que nos move neste projeto. Assim como nós, tradutoras, que tivemos a oportunidade de aprender, de nos emocionar, de refletir sobre nossa própria maneira de agir diante

de várias circunstâncias, também as leitoras poderão traçar seu próprio caminho na leitura desta obra e, com certeza, serão pessoas diferentes após esse percurso.

Por isso, nós, como grupo de tradutoras, conversamos várias vezes sobre a importância do nosso trabalho. Cada reunião feita para discutir o trabalho de tradução do livro também trazia uma reflexão sobre a mulher na sociedade; sobre como essa sociedade trata as mulheres e sobre o papel de quem traduz enquanto agente político, que pode contribuir para transformar a sociedade. Toda tradução estabelece uma relação de poder, cada escolha tradutória expõe essa relação, e a pessoa que traduz é peça fundamental na manutenção ou não dessa relação. Pensar a tradução é dever de quem traduz, pensar sobre as próprias escolhas, sobre seu projeto de tradução e, principalmente, em como essas escolhas afetam as culturas que estão sendo colocadas em contato.

Vale lembrar que alguns homens tradutores também participaram do processo, e isso certamente permitiu-lhes uma maior conscientização de seus papéis como agentes também responsáveis por levar conhecimento e proporcionar melhores condições de conhecimento e saúde para as mulheres.

Quando escolhemos falar em primeira pessoa com as leitoras e leitores brasileiros, optamos pela aproximação do texto com seu público, optamos pela cumplicidade com quem lê. Em alguns trechos, nos colocamos no próprio texto, usando a primeira pessoa do plural, nós, buscando personalizar esse contato com quem está lendo. Outra escolha especial foi a de usar o feminino como sujeito, sobretudo porque este livro quer falar diretamente com as mulheres, quer informá-las, tirar suas dúvidas sobre a própria condição feminina. O feminino precisa de voz em nossa sociedade.

Cada uma dessas escolhas tradutórias é consciente, baseada em reflexões, e indica a posição que temos em relação ao assunto discutido no livro: a vida e o corpo das mulheres, a vida feminina. Traduzir não é trocar uma palavra de uma língua por outra de outra língua. Traduzir também é se posicionar, principalmente em um trabalho voluntário de produção e de divulgação de um conhecimento que pode transformar a vida das pessoas e da sociedade para melhor.

A história que contamos na tradução brasileira de *Our Bodies, Ourselves – Nossos corpos por nós mesmas* – está intrinsecamente ligada à realidade das mulheres no Brasil e à sua educação, informação e identidade.

Para que o livro seja relevante para as mulheres, e para dar voz a todas elas, devemos mostrar a identidade cultural real de cada país, incluindo características que façam parte da realidade feminina dos mais diferentes lugares, mostrando políticas públicas e dando informações que enriqueçam a vida das mulheres e que deem ferramentas para que elas possam se proteger e refletir sobre sua realidade. Quando traduzimos, devemos pensar na identidade cultural das mulheres com quem estamos falando, como chegar até essas mulheres, quais são as informações necessárias para que elas tenham uma vida mais segura, consciente e empoderada.

Queremos que este livro possa ser um meio de se criar empatia com as leitoras e com os leitores e que possamos compartilhar nossas experiências de vida. Esperamos que ele possa também ser uma ferramenta para profissionais de saúde, que poderão usá-lo como um guia para melhor esclarecerem as dúvidas de suas pacientes. E que o livro se torne parte de uma política de maior conscientização sobre o corpo e a condição da mulher, tanto entre as classes mais favorecidas como entre as pessoas mais pobres. Que nosso trabalho de tradução ajude na construção de uma sociedade brasileira mais igualitária.

Somos gratas por participar deste projeto e seguirmos nesta jornada.

Adriano Clayton da Silva
Débora Andreza Zacharias
Gislaine Cristina Assumpção
Juliana Aparecida Gimenes
Louise Hélène Pavan
Marcella Wiffler Stefanini

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO & REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

PARTE 1 – NOSSOS CORPOS & NOSSAS IDENTIDADES

CAPÍTULO 1: ANATOMIA SEXUAL, REPRODUÇÃO E CICLO MENSTRUAL

Traduzido por Giulia Mendes Gambassi e Frederico DeNez. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Beatriz Fioretti-Foschi e Carmen Simone Grilo Diniz.

CAPÍTULO 2: INTRODUÇÃO À SAÚDE SEXUAL

Traduzido por Carlos César da Silva e Carolina Gomes da Costa. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Carla Cristina Marques, Ellen Vieira e Nathalia Cardoso.

CAPÍTULO 3: IMAGEM CORPORAL

Traduzido por Giselle Botelho e Maria Carolina Alves. Revisado por Nathália Galvão e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Beatriz Fioretti-Foschi e Carmen Simone Grilo Diniz.

CAPÍTULO 4: IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

Traduzido por Giulia Mendes Gambassi e Débora Andreza Zacharias. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Beatriz Pagliarini Bagagli e Rodrigo Borba.

PARTE 2 – RELACIONAMENTOS & SEXUALIDADE

CAPÍTULO 5: RELACIONAMENTOS E SEXUALIDADE

Traduzido por Camila Cerineu, Raphael Ferreroni e Thayna Pinheiro. Capítulo excepcionalmente redigido como uma contribuição à tradução brasileira por Andressa Carai Monteiro, Fernanda Ribeiro Sampaio, Marina Cunha Sampaio e Nahara Rodrigues Laterza Lopes, do Coletivo Feminista Sementes. Agradecemos a Francine Nunes, Emanuelle de Paula, Hilda Sampaio, Marina Begali Carvalho,

Priscila Aguiar Rezende e Suzy Evelyn pelo trabalho de transcrição dos encontros virtuais.

CAPÍTULO 6: INFLUÊNCIAS SOCIAIS NA SEXUALIDADE

Traduzido por Pérola Farias e Ana Beatriz Brito. Revisado por Thayna Pinheiro e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Rodrigo Borba.

CAPÍTULO 7: PRAZER SEXUAL E CONSENTIMENTO

Traduzido por Lis Coutinho, Pérola Farias e Nathallia Alfradique. Revisado por Verônica Reis e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Luiza Cadiolli.

CAPÍTULO 8: DIFICULDADES NO SEXO

Traduzido por Raphael Ferreroni e Verônica Reis. Revisado por Beatriz Araújo e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Ana Carolina Eiras Coelho Soares.

PARTE 3 – SAÚDE SEXUAL & ESCOLHAS REPRODUTIVAS

CAPÍTULO 9: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Traduzido por Adriano Clayton da Silva, Giulia Bassani, Louise Hélène Pavan e Marcella Wiffler Stefanini. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Bruna Couto Novaes, Carla Cristina Marques, Luiza Cadiolli, Nathalia Cardoso e Mariana Villiger.

CAPÍTULO 10: SEXO MAIS SEGURO

Traduzido por Júlia de Alencar e Fábio Fonseca. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Carla Cristina Marques e Aline Oliveira.

CAPÍTULO 11: INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Traduzido por Ana Beatriz Brito, Pérola Farias e Thayna Pinheiro. Revisado por Laís Ferenzini e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Mariana De Gea Gervasio. Contribuições de Charles M' Poca Charles e Kaline Gomes Ferrari Marquart.

CAPÍTULO 12: GRAVIDEZ INESPERADA

Traduzido por Carolina Gomes da Costa e Carlos César da Silva. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Thais Machado Dias,

Letícia Ueda Vella, Erika Zambrano Tanaka, Yonara Franco Mussarelli, Gabriela Cattel Albaracin, Gláucia Pereira e Rodolfo de Carvalho Pacagnella.

CAPÍTULO 13: ABORTO

Traduzido por Laís Ferenzini, Nathália Galvão e Beatriz Geny-Patta. Revisado por Raphael Ferreroni e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Ellen Vieira, Luiza Cadioli e Letícia Ueda Vella.

PARTE 4 – GRAVIDEZ, NASCIMENTO & MATERNIDADE

CAPÍTULO 14: DESEJANDO (OU NÃO) A MATERNIDADE

Traduzido por Maria Gabriela Patricio de Melo. Revisado por Wisley do Carmo Vilela e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Halana Faria, Letícia Ueda Vella, Thais Machado Dias e Raquel Marques.

CAPÍTULO 15: GRAVIDEZ E PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Traduzido por Laís Ferenzini, Beatriz Geny-Patta e Lis Coutinho. Revisado por Camila Cerineu e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Beatriz Fioretti-Foschi.

CAPÍTULO 16: TRABALHO DE PARTO, PARTO, NASCIMENTO E PÓS-PARTO

Traduzido por Eduardo Rorato de Oliveira e Juliana Aparecida Gimenes. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Bruna Dias Alonso. Agradecemos a Luisa Jacques pela contribuição no trecho “Medicamentos para alívio da dor”.

CAPÍTULO 17: OS PRIMEIROS MESES DA MATERNIDADE E DA PATERNIDADE

Traduzido por Carlos César da Silva, Gislane Cristina Assumpção e Lais Tardio Depintor. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Flavia Estevan, Marianna Muradas e Renata Luana da Silva. Colaboração: Doulas de adoção.

CAPÍTULO 18: ABORTO ESPONTÂNEO, NATIMORTOS E OUTRAS PERDAS

Traduzido por Giulia Mendes Gambassi e Louise Hélène Pavan. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Renata Luana Silva e Mariana Pércia Namé de Souza Franco.

CAPÍTULO 19: INFERTILIDADE E TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Traduzido por Ana Paula Camargo, Laís Ferenzini e Camila Cerineu. Revisado por Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Sandra Mara Garcia e Tania Di Giacomo do Lago.

PARTE 5 – A IDADE MADURA

CAPÍTULO 20: PERIMENOPAUSA E MENOPAUSA

Traduzido por Eliane Albuquerque, Lis Coutinho, Raphael Ferreroni e Wisley do Carmo Vilela. Revisado por Giselle Botelho e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação por Ana Carolina Eiras Coelho Soares e Kênia Érica Gusmão Medeiros. Colaborações de Silvana Aparecida Ferreira Bento e Thais Valéria e Silva Maciel Monteiro.

CAPÍTULO 21: QUANDO ENVELHECEMOS

Traduzido por Dhafinny Silva, Juliana Aparecida Gimenes e Samira Spolidorio. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Andrea Moraes Alves.

PARTE 6 – PROBLEMAS MÉDICOS & O SISTEMA DE SAÚDE

CAPÍTULO 22: PROBLEMAS MÉDICOS SELECIONADOS: MAMAS

Traduzido por Gislane Cristina Assumpção, Louise Hélène Pavan e Marcella Wiffler Stefanini. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Aline Oliveira, Carla Cristina Marques, Joyce Martins e Luiza Cadiolli.

CAPÍTULO 23: PROBLEMAS MÉDICOS SELECIONADOS: TRATO GENITAL

Traduzido por Gislane Cristina Assumpção, Louise Hélène Pavan e Marcella Wiffler Stefanini. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Aline Oliveira, Carla Cristina Marques, Joyce Martins e Luiza Cadiolli.

CAPÍTULO 24: ENTENDENDO O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Traduzido por Maria Gabriela Patrício de Melo, Nathallia Alfradique e Wisley Vilela. Revisado por Pérola Farias, Ana Beatriz Brito e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Ana Carolina Arruda Franzon e Flavia Estevan.

PARTE 7 – IMPACTOS NA SEXUALIDADE & SAÚDE REPRODUTIVA

CAPÍTULO 25: VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL

A versão original foi traduzida por Débora Andreza Zacharias, Gislaíne Cristina Assumpção, Juliana Aparecida Gimenes e Eduardo Rorato de Oliveira e revisada por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Isabela Venturoza, Letícia Ueda Vella e Mariana Villiger.

CAPÍTULO 26: SAÚDE AMBIENTAL E DAS TRABALHADORAS

Traduzido por Carolina Gomes da Costa, Carlos César da Silva, Leonardo Afonso e Luminita Silveira. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Marcia Bandini.

CAPÍTULO 27: POLÍTICAS DE SAÚDE DAS MULHERES

Traduzido por Ana Carolina Bofó de Oliveira, Andressa Furlan Ferreira, Débora Andreza Zacharias e Marcella Wiffler Stefanini. Revisado por Érica Lima. Revisão técnico-científica e adaptação de Mariana de Gea Gervasio e Letícia Ueda Vella.

CAPÍTULO 28: ATIVISMO NO SÉCULO 21

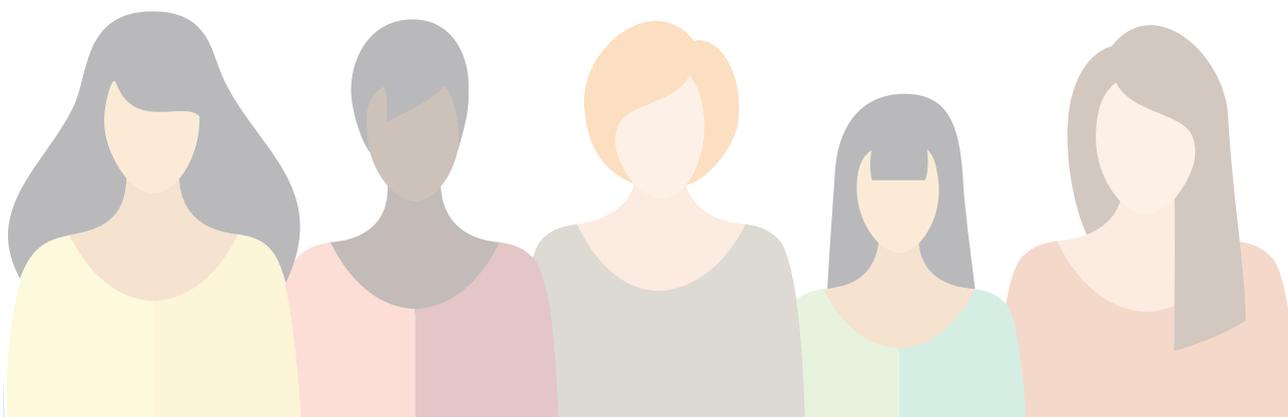
Traduzido por Beatriz Araújo. Revisado por Raphael Ferreroni e Janine Pimentel. Revisão técnico-científica e adaptação de Carla de Castro Gomes.

Direitos autorais e de imagem

Os textos, imagens, citações e conteúdo de cada capítulo desta obra são de inteira e exclusiva responsabilidade das pessoas indicadas nos respectivos créditos do referido capítulo.

PARTE 1

Nossos Corpos & Nossas Identidades





ANATOMIA SEXUAL, REPRODUÇÃO E CICLO MENSTRUAL

ESTE É O primeiro parágrafo de um livro que vem sendo construído há mais de 50 anos, desde uma época em que era muito difícil encontrar informações sobre a saúde da mulher. Por várias gerações, mulheres de muitos países vêm trabalhando de forma colaborativa para promover informações sobre a saúde e os cuidados com o corpo feminino e, ao mesmo tempo, vêm atualizando e adaptando o conteúdo deste livro a diferentes realidades e culturas. Você verá como o autoconhecimento é um grande aliado para aprendermos a “escutar nosso corpo”, bem como problemas de saúde que podem nos afetar. Esperamos que, com este capítulo e no decorrer de todos os textos, tenhamos a oportunidade de ampliar nosso conhecimento sobre nosso corpo, nossa saúde sexual e – por que não? – sobre nossos desejos e prazeres.

Nesse sentido, este primeiro capítulo nos levará a aprender sobre nossa anatomia sexual, assim como a observar e a explorar nossos corpos. Esse é um caminho que pode nos deixar mais à vontade conosco e com nossa sexualidade. Assim, compreender como nossos sistemas sexuais e reprodutivos funcionam, como interagem com outras funções corporais e como são influenciados por nosso estilo de vida, por nosso ambiente e por nosso bem-estar em geral pode nos ajudar a tomar decisões informadas – ou seja, a fazer escolhas sabendo como nosso corpo age e o que pode, ou não, ser bom para nós, principalmente no que diz respeito à nossa saúde reprodutiva. Além disso, com esses conhecimentos, podemos aprender tanto a intensificar nosso prazer sexual quanto a reduzir o risco de alguns problemas de saúde.

Na maior parte das vezes, temos menos familiaridade com a aparência e com o funcionamento de nossos órgãos sexuais e reprodutivos do que com outras partes do corpo. É possível olhar as mãos, os braços, as pernas e os seios para ver se há algo estranho ali, mas e no resto do corpo? Como saber quando pedir ajuda? O objetivo deste capítulo é oferecer uma orientação para que possamos nos conhecer e nos sentir bem conosco e com nossos corpos. Assim, perceber o que nos dá prazer, por exemplo, pode nos auxiliar em nossos relacionamentos e nos levar a ter um cuidado mais consciente com nosso corpo. Nesse sentido, a primeira parte deste capítulo discute a anatomia sexual feminina, incluindo os órgãos reprodutivos e sexuais internos e externos, e traz nomes de partes do corpo que podemos não conhecer tão bem, explicando onde estão e o que fazem.

A segunda parte do capítulo busca trazer mais informações sobre menstruação e fertilidade, explicando como o ciclo menstrual funciona (às vezes, não o conhecemos tão bem quanto pensamos), suas semelhanças, diferenças e variações em cada mulher, abordando as mudanças físicas e emocionais que algumas de nós experienciamos e, também, a reprodução humana.

ÓRGÃOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: ANATOMIA E FISIOLOGIA

As descrições a seguir ficarão muito mais claras se você juntar teoria e prática. Os órgãos são formados por um conjunto de tecidos que se agrupam e se desenvolvem para desempenhar uma função específica em nosso corpo. Os órgãos vitais – cérebro, coração, rim, fígado e pulmão –, por exemplo, são responsáveis por manter o corpo vivo e funcionando como um todo. Neste capítulo, vamos nos atentar aos órgãos que fazem parte do sistema reprodutivo das pessoas que nasceram com útero.

Vale notar que, neste capítulo, descrevemos a anatomia sexual feminina, mas algumas de nós, que nos identificamos como mulheres, não apresentamos essa anatomia. Além disso, este capítulo também é para aquelas de nós que apresentamos uma anatomia feminina, mas nos identificamos como homem ou como pessoa não binária, o que será abordado nos capítulos referentes a gênero e sexualidade.

Uma sugestão interessante é você acompanhar o texto e as imagens que representam seu corpo olhando seus próprios órgãos genitais com a ajuda de um espelho portátil. Muitas de nós não conhecemos nossas “partes íntimas”, sua anatomia ou estrutura, nem sua fisiologia ou função. Contudo, é muito importante saber como elas são para podermos entender e identificar alterações que podem precisar de atenção médica. Vamos fazer esse exercício de autoconhecimento juntas?

Antes de tudo, é importante que você escolha um lugar em que tenha privacidade e possa relaxar. Em seguida, você pode se agachar e colocar o espelho entre os seus pés, mas, se essa posição não ficar muito confortável, sente-se na beirada de uma cadeira, o mais para a frente possível – desde que você se sinta confortável –, abra as pernas e coloque o espelho entre elas, direcionando-o para os seus órgãos genitais. Caso você tenha dificuldade para enxergar, use uma lanterna (pode ser a do celular, mas coloque-o em modo avião) para iluminar seus órgãos. O importante é que você encontre uma forma cômoda para se observar intimamente.

A aparência, o formato e o tamanho dos órgãos genitais variam de pessoa para pessoa – eles são individuais como a impressão digital, não há um padrão. Como esses órgãos são escondidos, não temos muito repertório sobre como eles podem ser. Muitas pessoas buscam exemplos na internet para tirar dúvidas e saber curiosidades

sobre eles, porém, dependendo das palavras-chave utilizadas na pesquisa, pode haver um direcionamento para imagens e páginas da web associadas à pornografia. As referências na internet não refletem a diversidade dos corpos femininos, que muitas vezes sofreram intervenções cirúrgicas, estão com maquiagem ou até mesmo foram alterados em programas de edição de imagem. No capítulo 3, “Imagem Corporal”, trazemos mais detalhes e depoimentos sobre essa questão. Por enquanto, voltemos aos nossos corpos.

Além dos órgãos genitais, o formato e a aparência de outras partes do corpo também variam. O nariz é um bom exemplo. Repare no nariz das pessoas que convivem com você; cada um tem uma característica, um tamanho diferente. Há narizes grandes, pequenos, finos, largos, arrebitados, projetados para baixo etc. Assim como para o nariz, há uma ampla variedade do que é considerado normal para todas as partes do corpo, incluindo os órgãos genitais. Nesse sentido, ao observar seu próprio corpo, você aprenderá o que é normal para você.

O artista britânico Jamie McCartney produziu uma obra com mais de 400 vulvas moldadas, em gesso, a partir de mulheres reais. Nessa obra, é possível observar como podemos ser diferentes. Assim, se você tiver curiosidade, procure-a na internet. O nome da instalação artística é *The Great Wall of Vagina* (A Grande Muralha da Vagina) e, na realidade, deveria se chamar “A Grande Muralha da Vulva”. Vamos explicar a diferença entre as duas a seguir.

VULVA

Voltando à nossa experiência de autoconhecimento, depois de posicionar o espelho de forma mais confortável, primeiro você verá a vulva, que compreende toda a parte de fora dos nossos genitais. Nela, temos o monte púbico (em latim, o *mons pubis*), os lábios externos (*labia majora* ou grandes lábios), os lábios internos (*labia minora* ou pequenos lábios), o clitóris e as aberturas externas da uretra (por onde a urina passa) e a vagina. Geralmente as pessoas confundem a vulva com a vagina, que, por sua vez, também conhecida como canal vaginal, fica dentro do seu corpo, de modo que apenas sua abertura (intróito vaginal) pode ser vista do lado de fora. Se você ainda se confunde com todos esses nomes, não se preocupe; mais adiante há uma imagem mostrando todos eles. Este livro traz ilustrações toda vez que o texto fica “técnico” demais. O mais importante dessa experiência não é decorar os nomes, mas ir conhecendo o seu corpo e aprendendo com ele.

Seguindo nosso exercício, a menos que você depile sua vulva com lâmina ou cera, a característica mais marcante dessa região são os pelos pubianos, que, quando começam a surgir, indicam o início da puberdade, ficando mais finos depois da menopausa. Os pelos pubianos recobrem o tecido macio e gorduroso chamado monte de Vênus (também conhecido como *mons veneris*, ou monte púbico). Neste livro, combinamos

o nome mais conhecido com o nome médico, que normalmente é apresentado entre parênteses. O monte de Vênus fica logo acima da sínfise púbica, que é a união dos ossos púbicos, constituindo a pelve ou a cintura pélvica. Você pode sentir os ossos púbicos abaixo do monte púbico.

Se você não se depila, conseguirá ver, ao abrir as pernas diante do espelho, que os pelos continuam entre suas pernas e, provavelmente, ao redor do seu ânus – abertura externa do reto (que é o fim do intestino grosso ou do cólon), por onde saem as fezes. Já o tecido gorduroso que constitui o monte púbico se estende para baixo até a região entre as pernas para formar os dois grandes lábios, que são os lábios externos da vulva. Você pode sentir que os lábios externos, recobertos por pelos, também são macios, como o monte. Além disso, o tamanho e a aparência dos lábios externos podem variar consideravelmente de uma mulher para outra. Em algumas, a pele dos lábios externos é mais escura, por exemplo. Os lábios externos ainda envolvem os lábios internos (pequenos lábios da vulva), que, por sua vez, não têm pelos e são muito sensíveis ao toque.

Continuando a experiência de autoconhecimento, se você abrir gentilmente os lábios internos, verá que eles protegem uma área delicada chamada de vestíbulo. Tente olhar para ele com atenção: começando pela frente, logo abaixo do monte púbico, você verá que os lábios internos se unem para cima e formam uma dobra de pele macia, ou um prepúcio, que fica sobre a glândula ou o topo do clitóris, recobrindo-o. Agora, com delicadeza, puxe essa dobra (prepúcio) para cima para ver a glândula. Ela é o ponto mais sensível ao estímulo sexual, porque é uma estrutura neural com cerca de oito mil terminações nervosas – o que equivale ao dobro da glândula do pênis, que tem cerca de quatro mil.

CLITÓRIS

Em seguida, deixe o prepúcio (a dobra que puxamos antes) deslizar para trás e sinta uma haste resistente, flexível e móvel que se estende até a sínfise púbica, logo abaixo da pele. Tocá-la pode ser sexualmente estimulante. Essa haste é o corpo do clitóris, que é conectado ao osso por um ligamento elevador, algo como uma fita feita de tecido fibroso. Você não pode sentir esse ligamento ou as partes descritas a seguir, mas todas elas são importantes para a excitação sexual e para o orgasmo. Muitas pessoas pensam que o clitóris corresponde exclusivamente à glândula porque é a única parte visível. Aliás, até pouco tempo atrás, as pessoas acreditavam que o clitóris era apenas a glândula. No entanto, em 1990, foi descoberto que sua estrutura variava quando em repouso e quando excitado, e, em 2009, Helen O'Connell, uma urologista e cirurgiã australiana, fez um estudo (seu doutorado) sobre o clitóris e conseguiu observar sua forma (anatomia) a partir de uma ecografia tridimensional – que é o mesmo exame usado para ver o bebê em 3D na barriga da mãe biológica. Com isso,

é possível constatar o quanto a fisiologia do clitóris é um conhecimento retomado muito recentemente, o que O'Connell associa a uma herança cultural. Ela também mostra que os livros anatômicos, como o de Kobelt, já na primeira metade do século 19, mostravam essas estruturas clitoridianas em detalhe, mas que esse conhecimento foi excluído de edições subsequentes¹.

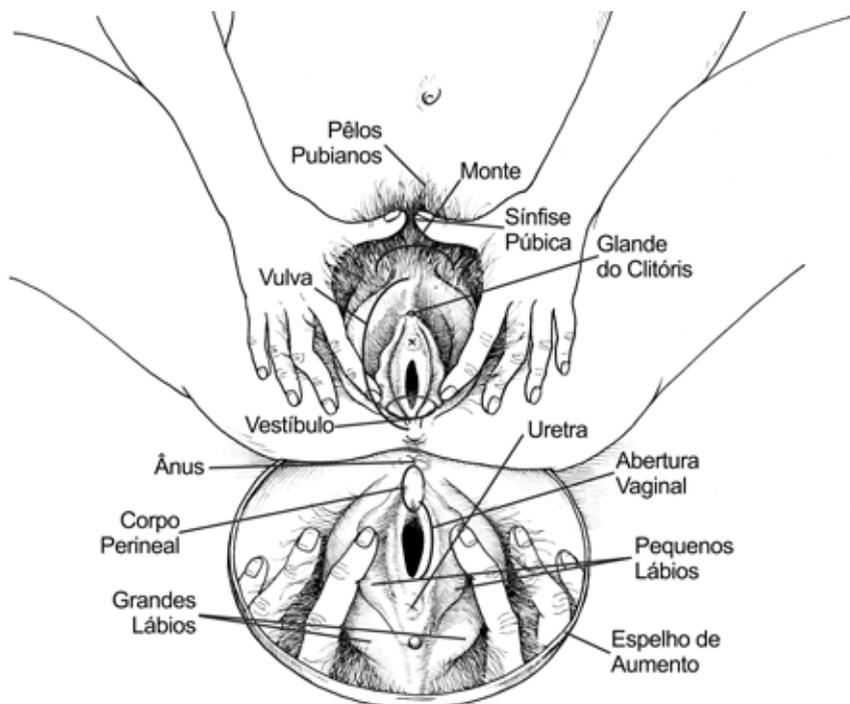


Figura 1 – A vulva. © Casserine Toussaint.

Para conhecer melhor a parte do clitóris que está escondida, tente ir se apalpando até o ponto em que você não sinta mais o corpo do clitóris. Ele se divide em duas partes, como uma bifurcação, mas em um ângulo muito mais aberto, formando as *crura* (singular: *crus*), que são estruturas parecidas com “pernas”, feitas de tecido erétil e que se ligam aos ossos pélvicos. As *crura* do clitóris têm aproximadamente 7,5 cm de comprimento. A partir do ponto de encontro entre o corpo do clitóris e as *crura*, continuando pelas laterais do vestíbulo, há dois bulbos (como se fossem massas) de tecido erétil chamados bulbos vestibulares.

Os bulbos, assim como o corpo do clitóris e as *crura*, são estruturas eréteis (corpos eréteis), ou seja, ficam firmes e repletas de sangue durante a excitação sexual, assim como as paredes da vagina. Nesse momento, as *crura* pressionam o canal vaginal, como em um abraço, favorecendo maior excitação e prazer. Assim, tanto as *crura* quanto o clitóris são bulbos vestibulares e estão cobertos por tecido muscular, e é

esse conjunto (*crura* e músculo) que, quando irrigado pelo sangue que chega a ele devido à excitação sexual, ajuda a criar tensão e plenitude durante a excitação, além de contrações durante o orgasmo, desenvolvendo um papel importante nos espasmos involuntários sentidos naquele momento. O clitóris e os bulbos vestibulares são os únicos órgãos no corpo dedicados às sensações sexuais, à excitação e ao prazer, e essas sensações aumentam a vasodilatação, a lubrificação vaginal e a lubrificação do colo do útero para proteger a área íntima feminina durante o ato sexual.

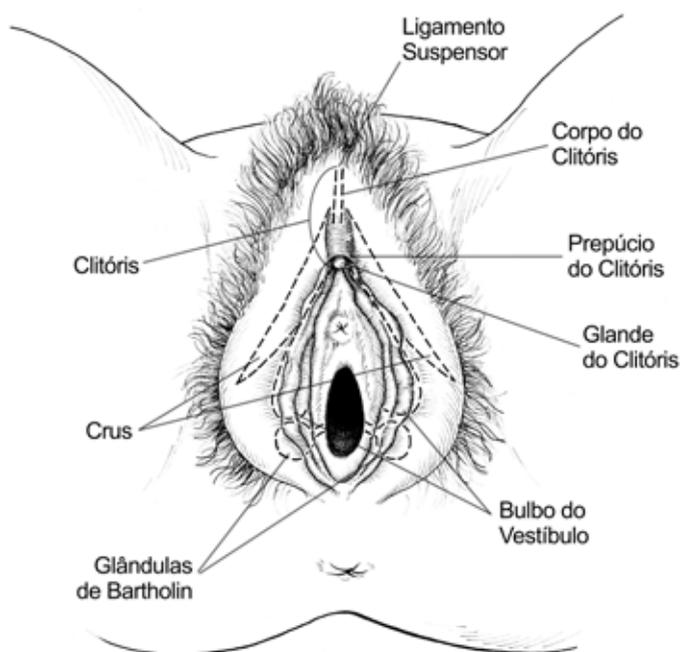


Figura 2 – Detalhes do clitóris. © Casserine Toussaint.

O clitóris tem origem e função similares ao pênis, com a diferença de ser inteiramente separado da uretra, enquanto o pênis está vinculado a ela. Além disso, todos os órgãos femininos e masculinos, incluindo os órgãos sexuais e reprodutivos, são desenvolvidos a partir do mesmo tecido embrionário, ou seja, do mesmo conjunto de células que vão se multiplicando e desenvolvendo até formarem os fetos. Aliás, fetos masculinos e femininos são idênticos nas seis primeiras semanas de desenvolvimento – curioso, não? Assim, a glândula do clitóris corresponde à glândula do pênis e os grandes lábios equivalem ao escroto (saco que contém os testículos e os epidídimos). As mesmas células que darão origem aos testículos no feto masculino darão origem aos ovários no feminino.

Em algumas culturas, principalmente em alguns países da África e do Oriente Médio, há uma prática de circuncisão (corte) genital feminina que compreende a

remoção do clitóris de meninas e também pode incluir a costura dos lábios externos e, em alguns casos, a dos pequenos. A prática é realizada a partir da crença de que a mutilação tornará as meninas puras. O acesso aos genitais para higiene e limpeza da urina e menstruação ficam comprometidos, assim como as relações sexuais e o parto. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que essa prática atinge cerca de 200 milhões de mulheres no mundo.

GLÂNDULAS DE BARTHOLIN

Seguindo nosso exercício de autoconhecimento, as glândulas de Bartholin são duas massas circulares que ficam cada uma de um lado da abertura vaginal, próximas à base do vestibulo. Elas excretam um fluido mucoso que tem a função de umidificar e lubrificar a vulva durante a excitação. Em algumas situações, a saída do ducto pode ficar obstruída, impedindo a eliminação do muco e dando origem a um cisto ou a um abscesso da glândula de Bartholin. Cistos com mais de três centímetros de diâmetro podem causar desconforto ao andar ou sentar. Os abscessos surgem quando o líquido contido em um cisto é contaminado por uma bactéria e resulta em uma bartolinite. Nesse caso, é preciso procurar a ajuda de profissionais de saúde. Algumas bactérias que provocam infecções sexualmente transmissíveis também podem ser responsáveis pela formação de abscessos.

ABERTURA URINÁRIA

Continuando, se você mantiver os pequenos lábios separados e puxar mais uma vez o prepúcio do clitóris, notará que os lábios estão ligados à parte inferior do clitóris. Logo abaixo dessa junção, você verá um pequeno ponto ou fenda, que é a abertura urinária da uretra – um tubo pequeno e fino (com cerca de 3,8 cm de comprimento) que vai até a bexiga. Abaixo da abertura da uretra está a abertura (intróito) vaginal.

Carúncula himenal: o mito do hímen

Ao redor dessa abertura vaginal, é possível que você veja vestígios do hímen, também conhecido como carúncula himenal². Trata-se de uma membrana fina situada no interior da abertura vaginal, bloqueando-a parcialmente, mas quase nunca cobrindo-a por completo (ao contrário do que alguns mitos dizem). As carúnculas himenais têm grande variação de tamanhos e formatos. Para muitas mulheres, ela estica facilmente – com um absorvente interno, um dedo, um pênis ou um vibrador – e, mesmo quando esticada, pequenas dobras de tecido permanecem.

A carúncula himenal, também muito conhecida como hímen, ganhou esse nome quando um grupo sueco que luta por direitos sexuais (*Swedish Association for Sexuality Education*, que podemos traduzir por Associação Sueca para Educação Sexual) achou

importante intervir em alguns mitos acerca do hímen, que apontaremos a seguir. Essa película, o hímen, é constituída por algumas dobras de uma membrana mucosa, fina e elástica e está localizada logo no início da parte interna da entrada da vagina. Ela não tem função conhecida e é provável que seja um vestígio do desenvolvimento fetal.

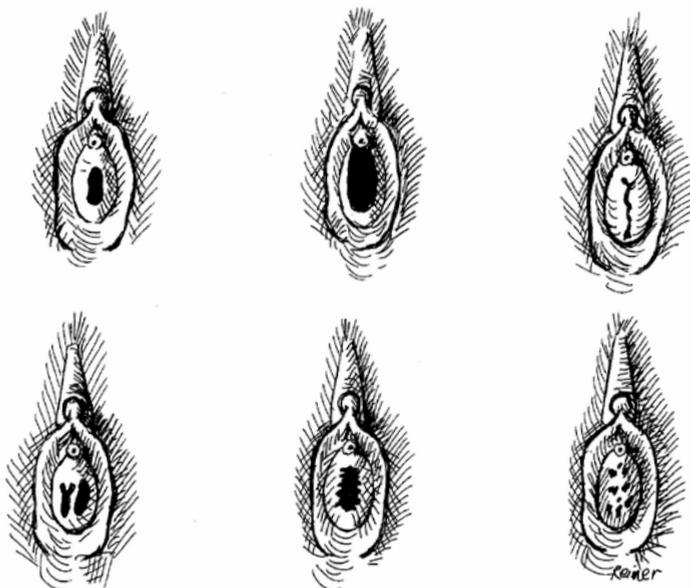


Figura 3 – Hímen. © Nina Reimer.

Mas vamos ao mito! Muitas pessoas acreditam erroneamente que a carúncula himenal é uma membrana espessa que cobre por completo a abertura vaginal da mulher e que se rompe quando há ato sexual ou qualquer tipo de penetração vaginal pela primeira vez. O mito que se estabeleceu ao redor desse equívoco é que, se uma noiva não apresentar sangramento como consequência de ter seu hímen rompido na noite de núpcias, isso significa que ela já teve relações sexuais e não é “virgem”. Isso não é verdade.

A membrana mucosa que forma a carúncula himenal pode ser dobrada de uma maneira que fique mais esticada ou tensionada. Ela pode ser ligeiramente rosa, quase transparente, mas, se for mais espessa, terá uma aparência mais pálida ou esbranquiçada. É possível que a carúncula himenal se pareça com a pétala de uma flor, uma peça de quebra-cabeça ou uma meia-lua. Além disso, ela também pode ser insignificante ou até mesmo inexistente de nascença. Não é difícil imaginar como esse mito de que o hímen é igual e “completo” em todas as mulheres nos afetou durante muitos anos, não é mesmo?

Quando existente, a carúncula himenal pode rasgar ou afinar durante exercícios, masturbação, uso de absorventes internos ou qualquer outra forma de penetração

vaginal. Devido a isso, não se pode olhar para uma carúncula himenal e saber se a mulher teve, ou não, relações sexuais vaginais ou até mesmo se ela se masturbou ou não. Mesmo assim, exames eram feitos (e ainda há pessoas que acreditam em sua eficácia hoje em dia) para verificar se a mulher era virgem ou não.

Apenas em casos raros, o hímen cobre toda a abertura vaginal, sendo chamado de hímen imperfurado ou microperfurado. Jovens mulheres com um hímen imperfurado têm cólicas e desconfortos mensais, sem a ocorrência de sangue menstrual. Nesses casos, o hímen pode ser aberto por meio de cirurgia para liberar o fluido menstrual acumulado, assim como para permitir a inserção de absorventes internos ou de outras formas de penetração vaginal. Comumente, o anel himenal pode estar presente de forma transversal à abertura vaginal, permitindo a menstruação, mas impedindo a inserção de absorventes internos. Se a abertura for muito pequena ou estiver parcialmente obstruída, uma pequena cirurgia pode corrigir isso.

Assim, visto que a carúncula himenal não é uma membrana quebradiça, a sensação que se tem quando as dobras do tecido mucoso são esticadas pela primeira vez – seja porque você está inserindo um absorvente interno, se masturbando ou fazendo sexo com penetração – é uma experiência extremamente individual. Algumas mulheres não sentem nenhuma dor, enquanto outras, com uma carúncula himenal mais espessa ou extensa, podem sentir. Além disso, podem ocorrer pequenos rasgos dolorosos nas dobras mucosas e, algumas vezes, pode haver um pouco de sangramento.

Por fim, a Associação Sueca para Educação Sexual (*Swedish Association for Sexuality Education*), o grupo de direitos sexuais que cunhou o termo carúncula himenal, destaca que “o status mítico do hímen causou muito mal por muito tempo” e que o hímen tem sido erroneamente “retratado como o limite entre a culpa e a inocência”. Nesse sentido, dar outro nome para essa parte do corpo pode contribuir para a superação dessas crenças falaciosas (que não são verdadeiras).

VAGINA

Vamos seguir com nossa experiência de autoconhecimento? Se você se sentir confortável, coloque lentamente um ou dois dedos dentro de sua vagina. Caso você sinta dor enquanto faz isso, respire fundo e relaxe. Esse incômodo pode ocorrer se você estiver fazendo o movimento em um ângulo estranho, se a sua vagina estiver seca ou, ainda, se você estiver inconscientemente tensionando os músculos por medo ou desconforto. Então, para seguir com a experiência, tente mudar de posição ou usar um lubrificante, como azeite de oliva, óleo de coco ou de amêndoas (que possa ser de uso interno). Com o(s) dedo(s) em sua vagina, note que as paredes vaginais estavam encostadas uma na outra, mas se abriram ao redor de seu(s) dedo(s), abraçando-o(s). Sinta as pregas suaves da membrana mucosa (o tecido que reveste o interior de sua vagina). Essas pregas permitem que a vagina se estique e se molde ao

redor do que estiver dentro dela, como dedos, absorventes internos, pênis ou bebês durante o parto.

Algumas pessoas podem ter vaginas naturalmente mais secas ou mais molhadas; a umidade aumenta a excitação sexual e muda durante os diferentes momentos do ciclo menstrual e da vida. Ou seja, as paredes da vagina podem variar de quase secas a muito molhadas. É comum a vagina ser mais seca antes da puberdade, durante a amamentação e depois da menopausa, assim como no decorrer das fases menstruais de antes e depois do fluxo. Já a maior umidade ocorre perto da ovulação, no decorrer da gravidez e durante a excitação sexual.

Continuando o toque, pressione gentilmente todas as paredes vaginais e perceba em que pontos elas são mais sensíveis. Para algumas mulheres, essa sensibilidade ocorre apenas na área mais próxima à abertura vaginal; para outras, ela ocorre na maior parte ou em toda a vagina. Seguindo o exercício, depois de cerca de um terço da extensão da parede a partir da abertura vaginal – ou na parede anterior (frontal) da vagina (em direção ao seu abdômen) – está a área chamada ponto Gräfenberg, ou ponto G. Muitas mulheres têm sensações prazerosas quando essa área é estimulada. Entretanto, há algumas divergências quanto ao ponto G devido à possibilidade de ele ser uma estrutura anatômica distinta ou de o prazer que algumas mulheres sentem quando a área é estimulada ocorrer por conta da sua proximidade com os bulbos do clitóris. Para encontrar o ponto G, você deve inserir o seu dedo indicador dentro da vagina em direção ao canal da uretra (para cima), e ele estará localizado na parte interna do corpo do clitóris.

ASSOALHO PÉLVICO

Agora, coloque metade do seu dedo dentro da vagina e tente apertá-lo com suas paredes. Ao fazer isso, você estará contraindo os músculos e os ligamentos responsáveis pela sustentação dos órgãos abdominais que compõem o assoalho pélvico. O assoalho pélvico é uma complexa estrutura de sustentação do corpo formado pela pelve óssea, pelos órgãos genitais internos e externos, assim como pelo diafragma pélvico (que corresponde ao músculo esfíncter externo do ânus, ao músculo elevador do ânus, ao músculo glúteo máximo e ao músculo obturador externo, juntamente com vários ligamentos)³.

São esses músculos que mantêm os órgãos pélvicos no lugar e fornecem suporte para outros órgãos, localizados desde esse ponto até o diafragma – que fica na base dos pulmões e se estende pela parte inferior da caixa torácica. Dada sua importância, algumas mulheres fazem exercícios específicos para fortalecer essa musculatura, chamados exercícios Kegel. Eles foram originalmente desenvolvidos para mulheres com incontinência urinária, mas hoje são feitos por motivos diversos (como na gravidez, para auxiliar o parto) e também por homens. Para aprender a fazer esses exercícios, é necessário se conscientizar da própria musculatura do assoalho pélvico. Uma forma

de fazer isso é segurar o jato do xixi ao urinar. Se você não conseguir, procure ajuda de profissionais da saúde e, se possível, de uma pessoa especialista em fisioterapia pélvica – pode parecer bem específico, mas essa especialização é bastante difundida entre profissionais de saúde. Alguns exercícios para o períneo (que conhecemos na primeira imagem deste capítulo) são fáceis de serem praticados diariamente. Você poderá fazê-los a qualquer momento sem que ninguém perceba. Exercícios mais complexos deverão ter acompanhamento especializado.

Vamos fazer dois exercícios Kegel?

Primeiro exercício: sente-se em uma cadeira, com os joelhos dobrados a 90°, ou seja, com as coxas no assento da cadeira, as pernas retas e os pés no chão. Em seguida, concentre-se: você não deverá prender o ar nem movimentar a barriga durante o exercício, então, coloque as mãos sobre a barriga para ter certeza de que não a movimentará. Agora, contraia o seu períneo por cinco a dez segundos, como se fosse prender ou “segurar” a urina (xixi) e as fezes (cocô), contraindo a musculatura do ânus e da vagina ao mesmo tempo. Feito isso, relaxe pelo mesmo tempo em que você fez a contração. Repita esse movimento por dez vezes, três vezes ao dia (manhã, tarde e noite). Faça o segundo exercício na sequência.

Segundo exercício: contraia o períneo novamente (contraia o ânus e a vagina ao mesmo tempo) e relaxe-o rapidamente, ou seja, “contraia e solte”. Feito isso, relaxe por três a cinco segundos. Não deixe de relaxar depois de contrair e soltar! Você pode fazer esse exercício no dia a dia quando tossir, espirrar, agachar ou pegar peso (como na musculação, por exemplo). Isso vai te ajudar a prevenir a incontinência urinária de esforço. Realize dez repetições desse exercício (lembrando-se de relaxar entre elas), três vezes ao dia (manhã, tarde e noite).

FÓRNICE

Voltando à nossa prática de autoconhecimento, saiba que a vagina e o reto são separados por uma fina parede de membrana mucosa e um tecido conjuntivo. Se, ao introduzir o seu polegar no canal vaginal, você sentir alguns grumos (como se fossem caroços) na parte traseira da sua vagina, não se preocupe, são suas fezes no reto.

Agora, deslize seu dedo médio o mais profundamente que conseguir em sua vagina. Note que o seu dedo entra em direção à base das suas costas, e não em linha reta em direção ao centro do seu corpo. Se você estivesse em pé, sua vagina estaria em um ângulo de 45 graus em relação ao chão; ou seja, em relação ao seu abdômen, ela está para cima e para trás. Agora, você pode sentir, com o dedo, a parte mais profunda da sua vagina. Essa parte da vagina é chamada fórnice. Nem todo mundo consegue

chegar a esse ponto, mas, se você se deitar e dobrar os joelhos em direção ao peito, pode ser que consiga afundar mais seu dedo.

COLO DO ÚTERO

Pouco antes da parte mais profunda da vagina, você pode sentir seu colo do útero, que parece, ao tato, com a ponta do nariz – ele é arredondado e tem um furinho no meio (como se fosse uma covinha). O colo do útero é a parte do útero, ou ventre, que se estende até a vagina. Ele é sensível a pressão, mas não tem terminações nervosas em sua superfície. Além disso, o útero muda de posição, cor e formato durante o ciclo menstrual, assim como no decorrer da puberdade e da menopausa. Então, você pode sentir o colo do útero em lugares diferentes de um dia para o outro. Em alguns dias, você quase não conseguirá alcançá-lo; muito provavelmente, nesses dias você estará perto da fase ovulatória (vamos voltar a isso mais adiante) ou em excitação sexual, quando a vagina se alonga um pouco, aprofundando o colo do útero.

A covinha é onde fica o furinho do colo do útero ou a abertura do colo do útero. Essa entrada é bem pequena e, normalmente, apenas o fluido menstrual, que sai do útero, e o fluido seminal, que entra no útero, passam por ela. Assim, nenhum absorvente interno, dedo ou pênis podem passar por ele, apesar de ele ser capaz de se expandir imensamente para a passagem de um bebê durante o parto e o nascimento.

Autoexame do colo do útero

Se você quiser ver seu colo do útero, encontre um lugar privado e confortável, com boa iluminação, e reúna os seguintes materiais: uma lanterna, um espéculo (ferramenta de metal ou de plástico usada para manter as paredes da vagina afastadas), um lubrificante – como azeite de oliva ou óleo de amêndoas (que possa ser de uso interno) ou de coco – e um espelho de mão. Lave as mãos, sente-se e relaxe em um sofá, uma cadeira confortável ou até mesmo no chão, com travesseiros nas costas para apoio. Dobre os joelhos e separe bastante os pés.

Familiarize-se com o espéculo antes de inseri-lo, pois ele pode ter estilos e funcionamentos diferentes. Em geral, contam com duas espátulas e uma alavanca, então, use o puxador para abrir as espátulas até que a trava faça um clique. Veja como desbloqueá-lo e faça um teste antes de seguir com o autoexame.

Onde consigo um espéculo?

Espéculos de plástico são relativamente baratos e você pode comprá-los on-line ou em lojas especializadas em produtos médicos. Você também pode pedir à sua médica o espéculo que ela usar no exame em sua próxima consulta ginecológica.



Figura 4 – Espécuro.

Passes um pouco de lubrificante ou óleo no espécuro e em sua vulva. Segure o espécuro fechado (com as espátulas juntas), com a alavanca apontando para cima. Deslize-o para dentro o quanto for possível e confortável. Se doer, pare. Tire-o e tente inseri-lo de lado na vagina, virando-o em seguida. Faça o teste e veja o que é mais confortável para você. Tenha em mente que sua vagina está voltada para as suas costas e não para cima, em direção à cabeça. Você pode colocar o dedo em sua vagina para sentir onde o colo do útero está e como direcionar o espécuro.

Uma vez inserido o espécuro, aperte a alavanca e pressione o puxador em direção a ela para abrir as espátulas. Algumas mulheres acham que posicionar o espécuro e encontrar o colo do útero são ações que exigem algum esforço, mas fique tranquila. Respire profundamente e manipule o espécuro de forma gentil enquanto olha o espelho. Você conseguirá ver as pregas da parede vaginal, que pode parecer rosa, bulbosa e úmida. Então, você verá o colo do útero, que, como já mencionamos, parece um nariz ou uma maçaneta redonda ou achatada, que tem a largura de uma moeda. Se você não conseguir vê-lo, feche gentilmente o espécuro e mude o ângulo de inserção antes de reabri-lo. Você também pode removê-lo e reinseri-lo.

Caso seja necessário, direcione uma fonte de luz para o espelho para ver melhor. Se quiser, peça para alguém de confiança ajudá-la a segurar a lanterna e/ou o espelho. Caso você ainda não consiga ver seu colo do útero, espere alguns dias e tente de novo. Você se lembra de que a posição do colo do útero muda durante o ciclo menstrual? Então, por esse motivo, pode ser mais fácil vê-lo em outro momento.

Quando você encontrar seu colo do útero, trave as espátulas do espécuro abertas. Você verá um pouco de secreção cervical e vaginal, e a fenda ou a covinha que está

no centro é o orifício externo, a abertura para seu útero. Dependendo do ponto em que você está no seu ciclo menstrual, o fluido cervical pode ter texturas diferentes, variando de um branco opaco pastoso para algo parecido com uma clara de ovo, elástica. O colo do útero pode ser rosa e suave ou até mesmo desigual, áspero ou marcado por manchas irregulares. Todas essas variações são normais. Além disso, se você estiver grávida, seu colo do útero pode ter uma coloração azulada, e, caso você tenha atingido a menopausa ou esteja amamentando, ele pode estar esbranquiçado. Por outro lado, se você estiver ovulando, o colo do útero aparecerá aberto, com um muco claro e elástico sobre ele.

Além da covinha, você poderá ver pequenos sacos, grumos ou bolsas no colo do útero, cheios de um fluido amarelo ou branco, parecidos com bolhas. Esses são os cistos de Naboth e são muito comuns, não sendo necessário fazer tratamento – eles são causados por um bloqueio nas glândulas que produzem os fluidos do colo do útero. Algumas mulheres têm esses cistos por anos; em outras, eles aparecem e desaparecem. Possivelmente você também poderá ver pólipos, que são protuberâncias cor-de-rosa de tecido cervical que balançam em uma haste, parecendo uma pequena língua.

Quando você tiver terminado de explorar o seu colo, destrave o espécuro e remova-o. Algumas mulheres preferem removê-lo depois de destravado, mas ainda aberto; outras fecham as espátulas primeiro – veja como é mais confortável para você. Lave-o com água e sabão depois do uso ou passe álcool (álcool isopropílico) antes de guardá-lo.

Observar a cor, o tamanho e a forma do seu colo do útero, assim como as mudanças nas suas secreções vaginais e no fluido cervical, durante diferentes estágios dos seus ciclos menstruais, permite que você aprenda o que é normal para você, ajudando-a a saber quando algo estiver errado. Você pode fazer autoexames no colo do útero regularmente, durante algumas fases do seu período fértil ou até mesmo apenas uma vez para ver como estão as coisas e se conhecer.

Conheça o cérvix

O Projeto Cérvix Lindo (*Beautiful Cervix Project* – beautifulcervix.com) foi fundado por uma mulher de 25 anos que tirou fotos de seu colo do útero diariamente, por um mês, para ver sua aparência durante o ciclo menstrual.

O sucesso foi tanto que o site passou a incluir fotos submetidas por mulheres com idades entre 20 e mais de 60 anos. Há imagens diversas, incluindo colos do útero durante a gravidez e também depois do orgasmo. Lá, você também pode ver fotos de um exame de Papanicolau em andamento.

Apesar de o site ser em inglês, vale a pena conferir as imagens.

O que não é normal

É normal ter fluido vaginal e cervical, assim como outras secreções no colo. Entretanto, qualquer um dos sinais a seguir, se encontrado durante o autoexame, pode indicar infecção ou outro problema. Então, fique atenta se ocorrer:

- secreção de cor verde, cinza ou amarelo-escuro,
- mudança significativa na quantidade ou na consistência da secreção,
- qualquer odor forte que seja incomum para você,
- secreção espumosa, que pode indicar a presença de organismos que produzem gás na região.

Se você encontrar qualquer desses sinais ou outra coisa que te preocupe, consulte uma pessoa profissional de saúde.

Terminologia e gênero

Ao longo do livro, demos preferência por usar termos no feminino (médica) ou termos sem marcação de gênero (equipe médica, pessoa ou profissionais da saúde etc.). Em alguns casos, optamos por usar os dois, com o feminino antes do masculino (medica ou medico). Nos capítulos da Parte 4, devido a grande ocorrência do termo “bebe”, procuramos deixar no feminino, para evitar o masculino como o “padrão neutro”. Em cada capítulo aparecem a voz, o estilo e as escolhas das adaptadoras, uma característica do livro original que tentamos manter. Mais detalhes sobre o uso de linguagem inclusiva e sobre projeto de tradução e adaptação podem ser encontrados em <https://linktr.ee/ProjetoObosBrasil>.

ÓRGÃOS INTERNOS

Agora, vamos conhecer o que não podemos ver sozinhas, nossos órgãos internos. O útero é um órgão muscular (o que significa que pode ter seu formato alterado), responsável por abrigar o feto durante a gestação. Quando pessoas que têm útero não estão grávidas, ele tem o tamanho de uma ameixa. O útero está localizado entre a bexiga (que armazena a urina e fica abaixo da parede abdominal) e o reto (que fica próximo à espinha dorsal – também chamada de coluna vertebral). Suas paredes espessas são constituídas por alguns dos músculos mais fortes do corpo. As paredes internas do útero tocam-se, a não ser que sejam afastadas por um feto em desenvolvimento ou por um crescimento anormal.

O útero e as trompas

A parte superior do útero é chamada de *fundus* e, de suas partes laterais, saem duas trompas (também chamadas de trompas de Falópio, tubas uterinas, ovidutos ou tubos dos ovos). A abertura que conecta a parte interna do útero às trompas é tão pequena

e fina quanto uma agulha. Além disso, as trompas têm aproximadamente dez centímetros de comprimento e se parecem com chifres finos de carneiro virados para trás. A extremidade de cada uma delas é fimbriada (como se tivesse franjas ou dedos) e tem o formato de um funil. Ainda, a extremidade mais larga desse funil envolve parcialmente o ovário (que conheceremos em seguida), mas não se prende efetivamente a ele. Por fim, as trompas são mantidas em seus lugares por um tecido conectivo.

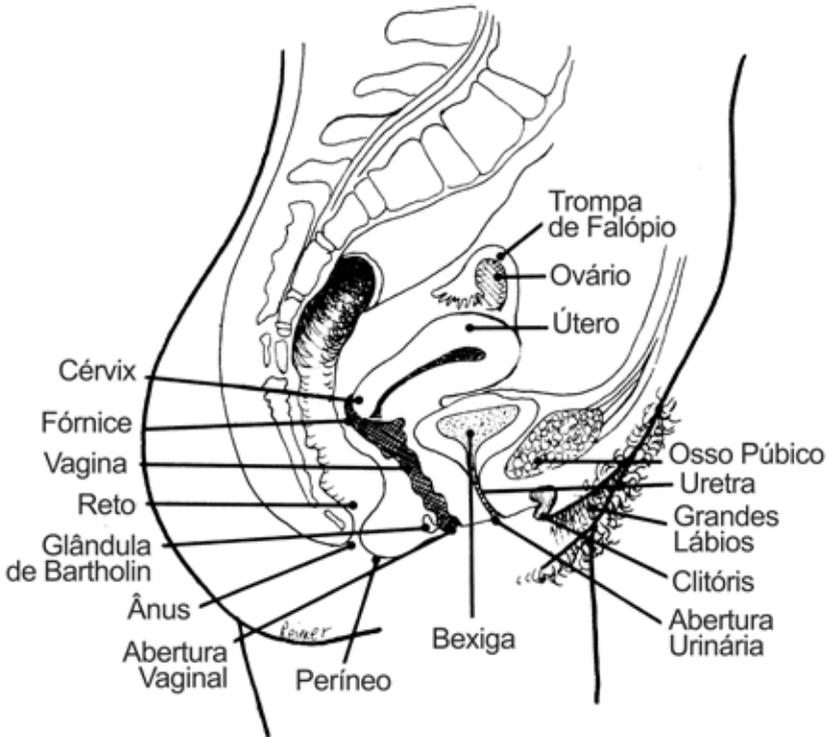


Figura 5 – Vista lateral dos órgãos pélvicos femininos. © Nina Reimer.

Os ovários

O útero está interligado às trompas e aos ovários. Os ovários são órgãos que têm aproximadamente o tamanho e o formato de uma azeitona (ou amêndoa) cortada ao meio. Eles estão localizados em ambos os lados do útero, como acabamos de ver, e estão próximos à parte traseira do órgão. Estão cerca de 10 a 12 centímetros abaixo da cintura e são mantidos no lugar por um tecido conjuntivo. Os ovários têm uma dupla função: produzir células germinais, ou óvulos (que, quando fertilizados, podem gerar um feto), e hormônios sexuais (estrogênio, progesterona, testosterona, entre muitos outros). As funções desses hormônios são apenas parcialmente compreendidas. Aliás, os hormônios, em geral, são substâncias químicas liberadas na corrente sanguínea que mandam sinais de comunicação para as células. Os hormônios naturais são

fabricados nas glândulas e os sintéticos são desenvolvidos em laboratórios (como a pílula anticoncepcional).

Seguindo nossa exploração pelos órgãos pélvicos, há um pequeno vão entre o ovário e o fim da trompa ligada a ele, que permite que o óvulo flutue livremente na cavidade abdominal depois de ser liberado pelo ovário. As extremidades das trompas, que parecem dedos (*fimbria*), varrem a superfície do ovário e conduzem o óvulo para a trompa depois da ovulação.

Além disso, o útero, as trompas e os ovários são revestidos por uma membrana dupla, conhecida como peritônio, que é úmida e tem proteção serosa. Mas o que isso quer dizer? As células serosas produzem um fluido seroso (que é fino e translúcido), responsável por lubrificar as camadas que envolvem diferentes órgãos, reduzindo o atrito entre eles e a parede da cavidade corporal. A membrana que fica próxima aos órgãos é chamada visceral, e a membrana externa é denominada parietal. Por sua vez, o peritônio recobre o interior da cavidade abdominal, incluindo a bexiga e o assoalho pélvico, fazendo uma prega e revestindo o útero. O útero e as trompas se prendem ao peritônio por um ligamento largo que fica na borda superior dessa prega, enquanto os ovários se prendem à face posterior. Dessa forma, o ligamento largo distende e acompanha o útero, as trompas e os ovários durante a gestação.

INTERSEXO

A intersexualidade do ponto de vista fisiológico, ou seja, do corpo, é uma condição biológica que pode afetar os sistemas reprodutor (testículos e ovários), endócrino (gerando distúrbios hormonais) e cromossômico (a partir do nosso DNA). Uma das possibilidades de manifestação da intersexualidade é haver uma diferença entre o sistema reprodutor interno (que fica dentro de nós) e o genital externo (que fica aparente). Assim, como a gente aprende desde a escola de forma muito limitada o que é masculino e o que é feminino, essas características e composições acabam sendo vistas como algo que foge aos critérios estabelecidos para os nossos corpos. Mas, como vimos até aqui, nossos corpos são únicos e merecem ser respeitados.

Até 2019, a medicina se referia ao intersexo por meio dos Distúrbios do Desenvolvimento Sexual (DDS), trazendo questões associadas a síndromes, anomalias e doenças (patologias). No entanto, a palavra “distúrbios” foi bastante discutida em um congresso médico (encontro de profissionais de medicina) e acabou sendo substituída por “diferenças”, pois não é porque algo foge do padrão esperado que necessariamente deve ser visto como uma doença, certo? Assim, o novo significado de DDS corresponde a Diferenças do Desenvolvimento Sexual, um conceito mais adequado para definir as 47 possibilidades de composição biológica que já foram catalogadas.

Ainda nesse campo, outra palavra carregada de estigmas é “hermafrodita”, também usada às vezes para se referir a essa diferença biológica. Dentro da mitologia grega, Hermafrodito é filho dos deuses Hermes e Afrodite (deusa do amor), sendo seu nome a junção dos nomes dos seus pais. Diferente do que a gente poderia imaginar, o significado dessa palavra vem do mito de que, ao recusar o desejo de uma ninfa chamada Salmacis, Hermafrodito acabou tendo seu corpo fundido ao dela e eles se tornaram um só corpo com os dois órgãos sexuais. Contudo, em nossa sociedade, a palavra hermafrodita é muito explorada com apelos de fetiches e ligada a sentidos muito negativos. Assim, não é aceita pelas pessoas intersexo e devemos evitar utilizá-la.

Vamos conhecer uma dessas pessoas? Angela Morena, autora do ensaio *Nos Estados Unidos eles nos chamam de hermafroditas*, descreve sua experiência como uma pessoa intersexo no relato⁴ abaixo.

Quando eu tinha 12 anos, comecei a notar que o meu clitóris (aquela fonte maravilhosa de prazer que eu não sabia nomear, mas à qual havia me ligado) tinha crescido de forma mais proeminente. Exatamente um mês depois, fui internada no hospital Children’s Memorial, em Chicago, para uma cirurgia. Me disseram rapidamente que iriam “remover meus ovários” porque suspeitavam que havia um câncer ou algo assim. Não mencionaram que iriam cortar meu clitóris fora. Ele todo. Eu acho que os médicos pensaram que eu estava tão horrorizada quanto eles com meu clitóris gigante e imaginaram que não era necessário discutir a cirurgia comigo. Depois de uma semana de recuperação no hospital, fomos para casa e praticamente não falamos do que aconteceu por anos. Agora tenho 24 anos e vivi os últimos dez como se estivesse imersa em uma névoa, sofrendo de distúrbio alimentar e depressão ocasional. Há quatro meses, finalmente recebi parte dos prontuários médicos do hospital Children’s Memorial, em Chicago. Eles são chocantes. O cirurgião que removeu meu clitóris sintetizou o resultado como “bem tolerado”.

Como pudemos ver até aqui, a comunidade de pessoas que nasceram com função reprodutiva diferente do que é compreendido como padrão “homem” e “mulher” se autorreferencia como intersexo, uma identidade que traz consigo uma diferença, ou seja, outra composição biológica. O conceito de intersexualidade foi abordado pela primeira vez em 1917 pelo Dr. Richard Goldschmidt, em um artigo intitulado *Intersexuality and the Endocrine Aspect of Sex* (algo como “Intersexualidade e o aspecto endócrino do sexo”). Publicado na revista científica *Endocrinology* (Endocrinologia), esse texto trouxe discussões sobre uma série de ambiguidades sexuais, como ele mesmo nomeou.

Em geral, quando nos referimos a esse tema, é bom termos em mente que as pessoas intersexo não podem ser classificadas como homem ou mulher por conta de suas diversidades, suas características pessoais e suas identidades. Porém, como bem sabemos, nossa sociedade considera como opções apenas o sexo masculino e o feminino, apresentando duas alternativas de informação em todos os registros de documentos, como: certidões de nascimento, documentos de identidade ou atestados de óbito. Devido a isso, muitas crianças não são registradas, ficam sem documento e sem direito a saúde, mobilidade e educação. A Lei nº 12.662 de 2012 sugere que a pessoa profissional de saúde, ao preencher a Declaração de Nascido Vivo (DNV) de um bebê intersexo, não declare o sexo da criança. Nesses casos, a certidão sai apenas com o nome escolhido por seus responsáveis.

Condicionar a pessoa a apenas duas opções de sexo (masculino ou feminino), como ocorre na nossa cultura ocidental, leva as pessoas a acreditarem que variações sexuais são anomalias. Isso também está refletido na medicina contemporânea, que “precisa intervir” com cirurgias e tratamentos hormonais nas pessoas que estão fora do “padrão”. Muitos dos protocolos de intervenções cirúrgicas (da cirurgia em si) são baseados em um discurso clínico de inserção social dessas crianças nos padrões existentes. Assim, a maioria das crianças intersexo é operada ainda muito nova, sendo a decisão pelo gênero que ela passará a adotar, muitas vezes, uma decisão tomada pelo corpo clínico de profissionais de saúde, e não pela criança nem por sua família.

Não raro, são utilizadas técnicas ultrapassadas, que foram determinadas na metade do século 20 e que não levam em conta o desejo individual⁵. Assim, a infância e a adolescência de uma pessoa intersexo é marcada por várias intervenções cirúrgicas, tratamento com hormônios, internações prolongadas e muito tempo de recuperação, o que marca sua vida com cicatrizes físicas e emocionais e interfere em sua socialização.

Muitas pessoas intersexo e seus defensores acreditam que a cirurgia genital cosmética deve ser realizada apenas quando a criança ou o jovem adulto tiver idade suficiente para tomar suas próprias decisões. Organizações como a *Accord Alliance*⁶ e o *Androgen Insensitivity Syndrome Support Group*⁷ (em português, Grupo de Apoio à Síndrome de Insensibilidade a Andrógenos) estão lutando para acabar com o sigilo e a vergonha que pairam sobre a pessoa intersexo, buscando desenvolver outras abordagens para os cuidados com a saúde e criar uma rede de apoio para oferecer suporte psicológico e emocional para as pessoas que sofreram intervenções médicas bem-intencionadas, mas equivocadas.

Trazemos outro depoimento, agora de uma mulher com 20 e poucos anos, que compartilha o processo de cura pelo qual passou graças a esses movimentos organizados.

Quando eu tinha 18 anos, um minicurso sobre intersexuais mudou a minha vida. Finalmente pude me ressentir da forma como eu havia sido tratada por médicos, assim como das suposições que haviam sido feitas sobre mim e sobre meu corpo e da pressão que os médicos colocavam em mim pelo fato de eu precisar ser “consertada”. Tomei a decisão de manter meu corpo como ele é e finalmente aprendi a amá-lo e a desfrutar da minha sexualidade de novo. Acredito fortemente que o estigma ou a vergonha que são usados para justificar uma cirurgia em pessoas intersexo são o resultado de manter esse assunto em segredo. A ideia de que pessoas fora da “norma” devem se conformar ao status quo é absurda! Se nós fôssemos criadas com a informação de que nem todas as pessoas são homens ou mulheres, isso não seria tão traumático para aquelas que estão fora da binaridade sexual.

No Portal Drauzio Varella, foi publicada matéria intitulada *Condutas para lidar com pessoas intersexo no nascimento divide especialistas*⁸. Segundo o texto, no Brasil, estima-se que um em 2.500 nascidos vivos é intersexo, mas ainda não há protocolos (procedimentos padrão e recomendações) que estabeleçam quando e se essas cirurgias devem ser feitas.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 1.664 de 2003⁹, aponta que não há consenso quanto à melhor abordagem nesses casos, pois deixar para fazer a cirurgia em idade avançada pode gerar complicações para a vida sexual da pessoa com DDS, ao mesmo tempo que uma intervenção precoce pode gerar outros danos, visto que um diagnóstico apressado pode ignorar aspectos biológicos e psicológicos da criança. O que é determinante e obrigatório, de todo modo, é a presença de uma equipe multidisciplinar (clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil) que irá avaliar e informar a pessoa com DDS e/ou seus responsáveis, acompanhando-os na possível decisão a ser tomada.

Considerando esses aspectos, há duas linhas médicas que atuam na prática dessa cirurgia: uma defende a precocidade com a intenção de “proteger” a criança e os pais de uma exposição social que poderá ser prejudicial, escolhendo a definição do sexo com base em exames genéticos; a outra defende esperar o desenvolvimento para fazer a intervenção estética quando a criança for mais velha ou adolescente. É preciso considerar ainda que esse tipo de cirurgia pode acarretar sequelas como: falta de sensibilidade na região genital, comprometimento de nervos, dor no ato sexual, entre outras. Nesses casos, o importante é a transparência dos fatos e o respeito à opinião dos pais e da pessoa intersexo em questão para que uma tomada de decisão tão importante como essa possa ser conjunta.

O depoimento a seguir traz muitos detalhes sobre o impacto de uma tomada de decisão não consensual entre a família e a equipe de saúde. Vamos conhecer essa história.

Aos 33 anos, eu descobri uma carta enviada para a minha mãe, em 1996, que dizia que, desde os dez anos, eu estava hormonizando para o feminino e que eu era portador de Síndrome de Insensibilidade Androgênica Parcial. Na época, eu não tinha ideia do que seria isso e não havia material em português; pesquisei em outros idiomas e descobri que era uma condição do metabolismo que deixava as células do corpo parcialmente incapazes de receber testosterona. No final de 2015, surgiu nas redes sociais uma página em português, “Visibilidade intersexo”, com muitas histórias de pessoas. Nessa época, eu consegui dar entrada em um pedido para ter a posse do meu prontuário médico da época de criança e tive uma não grata surpresa. Eu descobri que fui operado aos sete meses de idade por ter nascido com um pênis pequeno e ter sido considerado, pela equipe de saúde, um homem não funcional (mesmo tendo cromossomos XY) e fui operado para o feminino.

Meus pais foram enganados pela medicina e foram instruídos a adotar um nome feminino para mim e também a mudar de bairro, para que pudessem dar uma nova vida para esta nova menina.

Essa descoberta mexeu comigo e me possibilitou pensar nesta realidade como uma mutilação em que não tive nenhum direito a conversa ou diálogo. Aos 20 anos, mesmo sem entender por quê, fizeram outra operação para a construção de minha vagina – eu só entendi que estavam fazendo essa operação porque achavam que eu precisava, como adulta, de uma vagina para ter relações sexuais. A vagina se tornou um buraco penetrável, e não um órgão que me empoderasse como mulher. Ao contrário, no início eu achava que isso me empoderaria, mas não foi o que aconteceu.

Aos 34 anos, me descobri como homem trans, adotei um novo nome, uma nova personalidade e parei de usar todas as coisas femininas, inclusive o hormônio. Hoje eu sou um homem que luta pela causa da mutilação genital, sou contra a mutilação e a favor da intersexualidade como uma coisa real, verdadeira e nada problemática. Agora sou eu mesmo quem está no comando; tenho algumas comorbidades, mas isso não me impede de ser feliz e realizado.

Você, que está lendo este depoimento, reflita como um contraponto ao que a medicina coloca como padrão... Nós não somos uma anomalia, somos pessoas normais, como eu e você.

Amiel, 39 anos, homem trans intersexo, Rio de Janeiro

A Associação Brasileira de Intersexo (ABRAI)

Nas redes sociais¹⁰ da ABRAI, há muitos depoimentos e um manifesto emocionante:

[...] Somos intersexo, e não masculino nem feminino; nosso sexo biológico pouco nos importa, nossos corpos funcionam de forma única, não dá para determinar nosso sexo porque não é possível determinar o que é indeterminado, o que é único, o que é singular, e em nenhuma idade: porque cada um tem um desejo em relação ao seu corpo, um desenvolvimento único. Nós somos diversos!

Pensando nesse problema, em 2019, a Corregedoria Geral de Justiça do Rio Grande do Sul criou uma norma administrativa que trouxe a possibilidade de se lançar no registro de nascimento de crianças o sexo como “ignorado”. Além disso, o órgão também possibilitou que, no campo destinado ao nome da criança, conste apenas a expressão “RN de” (Recém-Nascido de, seguido do nome de um ou de ambos os genitores)¹¹. Uma vez definidos o nome e o sexo da criança, eles podem ser retificados independentemente de autorização de uma juíza ou juiz¹².

Ainda em relação a essa questão, existe um projeto de lei, em trâmite na Câmara dos Deputados, que altera a Lei de Registros Públicos para permitir que o registro do sexo do recém-nascido seja definido como “indefinido ou intersexo¹³”.

MAMAS

De volta ao autoconhecimento de nossos corpos, para além de nossos órgãos pélvicos, também é importante darmos atenção às mamas – são elas que nos fazem mamíferas. Suas glândulas extraordinárias produzem leite, cuja capacidade de nutrir os cérebros humanos dos bebês e de combater infecções e doenças em recém-nascidos é incrível. Nossos seios são características sexuais secundárias e são um dos aspectos que nos diferenciam de outros sexos, sendo indiretamente relacionados à reprodução. Entretanto, a maioria das mulheres pensa neles como um componente-chave de sua sexualidade – e isso não é à toa.

Nossa autoimagem geralmente é afetada pela forma como nós mesmas e os outros nos veem, mas aqui vamos falar mais especificamente de como nós e as outras pessoas percebem os nossos seios. Nossos sentimentos em relação a eles, tanto positivos quanto negativos, são reforçados pela fixação obsessiva de nossa sociedade, que explora a sua imagem, e pela forma como eles são usados para vender muitos produtos – de carros a cerveja.

Isso pode fazer com que seja difícil pensar em nossos seios como partes funcionais do nosso corpo, especialmente em uma cultura que comercializa de forma contundente o aumento dos seios com cirurgias estéticas para introdução de silicone. No Brasil, durante o carnaval, por exemplo, mas não só, a imagem feminina e a exposição dos seios são amplamente divulgadas nas mídias de massa e nas mídias sociais sem causar estranheza. Por outro lado, o ato de uma mulher exibindo o seio para amamentar em público é muitas vezes algo que provoca surpresas ou repreensão. Você já deve ter ouvido falar, ou talvez já tenha dito, que a amamentação deve ser feita com o bebê e o seio da mãe cobertos por um pano. Também é recorrente o banimento, nas mídias sociais, de imagens de mulheres com o seio à mostra durante a amamentação.

Agora vamos voltar aos nossos corpos. Olhe seus seios no espelho e apalpe-os. Assim como as impressões digitais, não há dois seios iguais (nem duas vulvas iguais, como vimos anteriormente). Os seios existem em todos os tamanhos e formatos: grandes, pequenos, firmes, flácidos, irregulares etc. Além disso, seus seios podem ser ligeiramente diferentes quando comparados um ao outro, seja em tamanho ou formato. Os mamilos podem ser achatados, projetados ou retraídos (invertidos). Por sua vez, a aréola (área que fica em torno do mamilo) pode ser grande ou pequena, mais clara ou mais escura e, em geral, tem pequenos caroços embaixo da pele, as glândulas sebáceas. Essas glândulas secretam (expelem) um lubrificante que protege o mamilo durante a amamentação. Também pode haver pelos perto da borda da aréola (que são uma característica dos mamíferos).

As mulheres têm um seio maior que o outro e, em algumas de nós, essa diferença é mais acentuada. É importante destacar que o tamanho do seio não está relacionado à sua responsividade sexual ou à quantidade de leite que você pode produzir ao dar à luz – mulheres com seios pequenos podem amamentar muito bem, por exemplo. Além disso, o ganho ou a perda de peso podem afetar o tamanho dos seios.

Eles geralmente caem com o passar dos anos, visto que a pele se torna menos elástica e as glândulas que produzem leite ficam menores. Isso acontece de forma mais rápida após o parto (quando a amamentação acaba) e também após a menopausa, quando as glândulas mamárias não são mais estimuladas a crescer.

Como os seios são afetados pelos hormônios sexuais produzidos pelos ovários, você pode perceber alterações durante o ciclo menstrual: os seios podem ficar maiores e inchados logo antes da sua menstruação. O inchaço pode gerar sensibilidade em algumas mulheres e ser sentido até a axila, na parte do seio chamada de cauda. Ainda, durante a gravidez e a amamentação, os seios geralmente aumentam bastante, podendo também inchar durante a excitação sexual. Além disso, os seios podem ter áreas de maior rigidez ou suavidade, apresentando diferentes texturas e variadas áreas de sensibilidade.

As mamas são formadas no primeiro trimestre de gestação, enquanto somos um embrião. Nesse período, surgem os brotos primários e os secundários, que se transformarão em ductos mamários no futuro. Depois do nascimento (entre as primeiras duas semanas), os mamilos se desenvolverão a partir das células presentes na aréola. Nessa fase, ocorre o primeiro inchaço nas mamas, que podem até apresentar alguma secreção em pequena quantidade (sem gordura). Esse fenômeno é resultado dos hormônios que estavam presentes no nascimento.

Depois dessa fase, as mamas ficarão inativas até o momento em que cérebro estimular os ovários a produzir estrogênio (hormônios que controlam a ovulação e o desenvolvimento de características lidas como femininas), um ano ou dois antes do início do ciclo menstrual. Nesse momento, os seios começarão a se desenvolver, o que marcará o início da adolescência. Primeiro, uma massa firme de tecido fibroso se desenvolverá atrás do mamilo e a reserva de gordura também aumentará. Assim, à medida que a puberdade progride, os brotos, os ductos, os lóbulos e os tecidos fibrosos e gordurosos também se desenvolverão. A maior parte desse crescimento ocorre na puberdade devido ao aumento dos hormônios sexuais, mas os seios continuarão a crescer durante toda a adolescência. Por fim, um seio pode se desenvolver mais rapidamente do que outro e, como já foi falado, não é incomum que eles tenham tamanhos diferentes.

O tecido mamário é constituído por lóbulos da glândula mamária que são apoiados por ligamentos do tecido conjuntivo (o que ficará mais claro na imagem apresentada a seguir). Os ligamentos são responsáveis por fixar o tecido mamário à pele e ao tecido conjuntivo, cobrindo os músculos da região. Por sua vez, a gordura, cuja quantidade pode variar de pessoa para pessoa, preencherá os espaços entre os lóbulos do seio e os ligamentos. O tamanho do seio varia de acordo com a quantidade de gordura, além de também ser influenciado por fatores hereditários.

Para além disso, durante o ciclo menstrual, ocorrem variações dos hormônios, e o estrogênio, secretado na ovulação, influencia a estrutura das glândulas mamárias, levando ao inchaço dos tecidos fibrosos, perceptível na fase pré-menstrual. Depois da menopausa, o tecido da glândula mamária vai sendo pouco a pouco substituído por gordura.

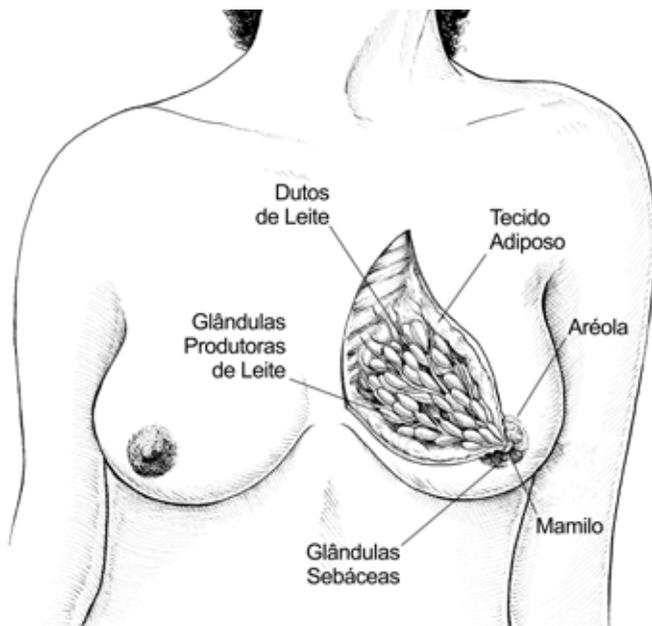


Figura 6 – Partes da mama. © Casserine Toussaint.

AUTOEXAME DE MAMA

Durante anos, especialistas aconselham mulheres a fazerem mensalmente o autoexame de mama acreditando que isso permitiria que elas encontrassem nódulos potencialmente cancerosos, agilizando o diagnóstico e o tratamento para o câncer nessa região. Infelizmente, pesquisas científicas projetadas para medir a eficácia do autoexame de mama não encontraram indícios de que as mulheres que o fazem são menos propensas a morrer de câncer de mama do que aquelas que não o fazem. Por essa razão, muitas diretrizes médicas e organizações de saúde não recomendam mais o autoexame mensal. Apesar disso, explorar os seus seios é uma boa maneira de conhecer o seu próprio corpo e de se familiarizar com o que é normal para você¹⁴.

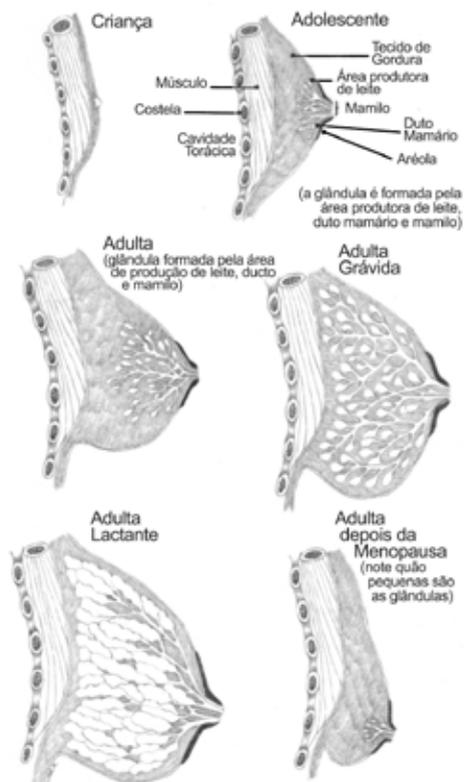


Figura 7 – © Peggy Clark.

Em tradução: redefinindo os corpos das mulheres

Em muitas culturas, as palavras e as imagens usadas para descrever corpos e sexualidades femininas são negativas, depreciativas e opressivas. Esse discurso reforça atitudes que colocam em risco a saúde de mulheres e meninas, assim como silencia suas vozes. Isso também contribui para que a comunidade justifique ou ignore práticas que enfraquecem e impedem que essas mulheres e meninas exerçam seus direitos plenamente.

Muitas das parcerias globais do livro *Our Bodies, Ourselves* (OBOS) se depararam com esse problema de linguagem. Aqui estão dois exemplos de organizações de mulheres que efetivamente mudaram o que estava sendo discutido em suas comunidades ao criar vocabulários que representam mulheres e garotas, também afirmando sua sexualidade e suas experiências de vida.

Traduzindo OBOS em Israel

As mulheres judias e árabes que, juntas, estabeleceram parcerias globais de OBOS em Israel¹⁵, notaram que ambas as culturas valorizam a capacidade das mulheres de gerar filhos, sendo o fim da fertilidade, muitas vezes, fonte de desespero. Assim, apesar de esse comportamento ter profundas raízes históricas e políticas, esse grupo se preocupa com a pressão colocada sobre as mulheres para que tenham filhos e aumentem sua comunidade étnica; além disso, o grupo também se volta às atitudes sociais que afetam mulheres que não podem escolher não ter filhos ou que já passaram da idade fértil.

Mas o que isso tem a ver com tradução e, mais especificamente, com a tradução do livro em inglês para o hebraico ou para o árabe? Vejamos: valores culturais com frequência são refletidos na linguagem. Por exemplo, os termos comuns em hebraico que se relacionam à menopausa podem ser traduzidos como “a idade de murchar”, também trazendo sentidos como o de estar “desgastada”, “usada” ou “esgotada”. Já em árabe, o termo significa “anos de desespero”. Forte, não?

Assim, enquanto desenvolviam as adaptações em hebraico e árabe para o OBOS, o grupo, chamado *Mulheres e seus corpos*, estava determinado a usar termos respeitosos e que celebrassem as mulheres. Então, com o apoio e a ajuda de mulheres da comunidade, o grupo finalmente estabeleceu para o hebraico o termo *Emtza Ha'hayim*, ou “meia-idade”, e, para o árabe, *San'al Aman*, que significa “anos de segurança”.

Traduzindo OBOS no Japão

No caso do japonês, palavras que nomeiam partes do corpo como a vulva, os pelos pubianos e o osso púbico eram escritas usando caracteres chineses que traziam o sentido de “vergonha” ou “obscuridade”. Perceba que eles usavam caracteres chineses e não japoneses para falar sobre a vulva, como se não existissem palavras para nomeá-la. Isso mudou quando uma livraria de Shokado¹⁶, parceira de OBOS no Japão, revisou esses caracteres chineses com nuance negativa para criar termos neutros ou positivos da adaptação em japonês de OBOS.

Dessa forma, desde sua publicação, pelos menos um dos termos, “*seimo*”, que podemos traduzir como “pelo sexual”, foi integrado a alguns dos dicionários japoneses mais recentes. Além disso, agora há também uma tendência crescente na sociedade japonesa de evitar caracteres chineses que significam ou trazem o significado de “vergonha” ou “obscuridade”. Ao contrário dessa antiga prática, atualmente a língua apresenta caracteres neutros ou *katakana-go* – palavras estrangeiras transformadas em palavras japonesas – para falar de corpos masculinos e femininos. Assim, podemos concluir que essas mudanças traduzem grandes melhorias para esses idiomas.

ESTÁGIOS DO CICLO REPRODUTIVO DA VIDA

Nesta parte do capítulo, vamos aprender mais sobre nosso ciclo reprodutivo, a começar pela puberdade, que é a transição da infância para a maturidade física. Em mulheres, ela é caracterizada pelo crescimento dos seios e dos pelos pubianos e axilares, assim como por um pico de crescimento que gera aumento de altura e de peso, seguido do fim do crescimento ósseo.

A menstruação – à qual daremos bastante atenção aqui – começa perto do fim da puberdade, cerca de dois anos depois do desenvolvimento dos seios – geralmente aos 12 anos, ainda que seja comum ocorrer entre os nove e 16 anos. Ela continua até os 51 anos, em média, mas pode parar a qualquer momento entre os 40 e os 55 anos. E por falar em pausa, a menopausa tecnicamente se refere à última menstruação, mas, como os ciclos podem ser irregulares nos últimos anos em que ocorrem, a menopausa só pode ser identificada retrospectivamente, depois de um ano sem sangramento. O período entre as fases reprodutiva e pós-reprodutiva, chamado perimenopausa, pode durar cerca de 15 anos e é uma fase repleta de mudanças.

Em geral, o processo reprodutivo é regulado por hormônios, substâncias químicas presentes na corrente sanguínea e no cérebro que transmitem mensagens de uma parte do corpo a outra. Na infância, os níveis de hormônios sexuais são bai-

xos, crescendo de forma extraordinária durante os anos reprodutivos. Passado esse período, esses níveis vão baixando e sendo balanceados de formas diferentes depois da menopausa.

Durante os anos férteis, os ritmos hormonais mensais determinam a periodicidade da ovulação e da menstruação. Esse ciclo, o ciclo menstrual, regula sua fertilidade, permitindo que haja a possibilidade de engravidar por alguns dias, todos os meses. Muitas mulheres sentem os sinais desse ritmo, como variações de humor, alterações nos seios, mudanças no apetite sexual e até nas comidas que gostam de comer.

MENSTRUAÇÃO E CICLO REPRODUTIVO

“Monstruação”, “naqueles dias”, “visitante indesejado”, “estar de bode”, “estou de chico”. Você sabia que a origem da expressão “estar de chico” vem de chiqueiro? Em Portugal, chico é sinônimo de “porco”; logo, estaria associado a “estar suja”. Não é um absurdo?

São muitos os termos usados regionalmente para descrever a menstruação, e você pode ainda ter criado sua própria gíria, só conhecida por sua família ou seus amigos e amigas. Assim como a variedade de nomes que podemos dar à menstruação, nesta seção vamos trazer diversas experiências e sentimentos sobre ela, de modo a oferecer mais informações. Quando conhecemos melhor nossos ciclos, melhoramos a relação com nosso ciclo reprodutivo.

Menarca: a primeira menstruação

A primeira menstruação pode vir como uma surpresa e ser acompanhada de atitudes estranhas de amigos, amigas ou da família, que podem dar um tom negativo a essa experiência. Entretanto, a maioria de nós encontra uma maneira própria de lidar com essa situação, podendo até ser bem-humorada:

Me levantei para ir ao banheiro. Lá, notei uma mancha engraçada na minha calcinha. Aí, de repente, percebi: estava menstruada! Fiquei tão animada que mal podia esperar para contar aos meus amigos.

Para algumas pessoas, essa experiência pode ter sido uma festa, mas para outras ela vem como uma surpresa que, acompanhada de desinformação, pode nos deixar tristes. O início da menstruação é um marco importante na transição de menina para mulher. A idade da menarca – quando uma menina começa a menstruar – varia de acordo com muitos fatores. Alguns deles são biológicos, como o fato de a gordura corporal precisar constituir um quarto do peso total de uma menina para que ela

menstrue. Assim, dieta, peso, raça e etnia, ambiente e histórico familiar afetam o início da menstruação. Nesse sentido, por exemplo, em diversos países, as mulheres podem ter faixas etárias diferentes ao entrar na puberdade.

Historicamente, observa-se um declínio na idade de menarca entre o início do século 19 e meados do século 20; ou seja, as meninas começaram a menstruar mais cedo, o que foi associado à melhoria da qualidade nutricional e das condições de vida. A menarca caiu de 16 para 12 e 13 anos, e algumas meninas começam a desenvolver os brotos mamários já aos sete anos de idade. Mesmo com essa suposição feita no século 20, as razões pelas quais as meninas atingem a maturidade biológica mais cedo não são completamente conhecidas. Além da melhor condição nutricional, pediatras e profissionais de saúde estão convencidos de que cerca de 50% a 80% dessas variações acontecem devido a fatores genéticos. Outro aspecto muito preocupante da precocidade da menarca pode estar associado à obesidade, ao sedentarismo, ao nascimento prematuro, à alimentação por fórmulas prontas (*versus* o aleitamento materno) e à exposição infantil a plásticos, pesticidas e outros disruptores endócrinos encontrados no ambiente e na alimentação. Disruptores endócrinos são substâncias químicas que muitas vezes agem como o estrogênio e interferem em sinais genéticos ou hormonais, provocando mudanças no afinado sistema hormonal do nosso corpo.

Uma grande preocupação relacionada à puberdade precoce em meninas é o aumento da probabilidade de desenvolvimento de câncer de mama mais adiante, uma vez que a maior exposição aos hormônios sexuais é um fator de risco para essa doença. Quando uma menina começa a menstruar, seus níveis de estrogênio aumentam e não caem até a menopausa; assim, se não houver nenhuma alteração no decorrer da vida, quanto mais anos uma mulher menstrua, mais tempo ela é exposta a níveis mais elevados desse hormônio e mais alto é o risco de desenvolver câncer de mama.

Por outro lado, algumas condições médicas afetam o desenvolvimento reprodutivo e nem todas as mulheres menstruam. Assim, se não houver sinais de puberdade perto dos 13 anos ou se a menstruação não começar até os 16 anos, é importante procurar uma unidade de saúde.

Vamos a um depoimento? Uma mulher de 25 anos que não menstrua disse ter descoberto o quanto as pessoas associam menstruação a normalidade.

Eu não menstruo e, na verdade, sempre me senti meio alienada pela maneira como as experiências femininas são geralmente centradas na menstruação – a ideia de que a menstruação faz de alguém uma mulher “de verdade”, por exemplo, ou de que a menstruação é algo tão essencial que, caso você não menstrue, você não sabe o que é ser mulher.

O que acontece durante o ciclo menstrual

Talvez seja interessante que, ao ler esta seção, você volte às imagens e descrições da anatomia sexual que vimos na primeira parte do capítulo, pois iremos retomar alguns nomes e partes do corpo que apareceram por lá. De todo modo, continue sua leitura com tranquilidade e consulte este capítulo ou outras fontes confiáveis sempre que necessário. Lembre-se de que nossa proposta é de autoconhecimento, então não fique preocupada em decorar nomes ou termos.

Ovários e ovulação

Na primeira parte deste capítulo, nós ampliamos nosso conhecimento ou até mesmo vimos pela primeira vez como são e o que são os ovários, certo? Agora, vamos saber um pouco mais sobre sua composição e seu funcionamento, assim como vamos descobrir como ocorre a nossa ovulação.

Quando uma menina nasce, seus ovários contêm cerca de dois milhões de bolas de células, cada uma com um óvulo imaturo no centro. Os óvulos imaturos são chamados folículos, e os ovários absorvem mais da metade deles durante a infância. Dos 400 mil folículos ainda presentes na puberdade, de 300 a 500 eventualmente se convertem em óvulos maduros.

Durante nossos anos reprodutivos, os folículos se desenvolvem ao longo do ciclo, mas, a cada mês, sob influência hormonal, normalmente apenas um deles se desenvolve por completo (às vezes, dois ou mais folículos se desenvolvem, o que pode resultar em gravidez múltipla ou de gêmeos). Algumas células do folículo em desenvolvimento secretam o hormônio estrogênio – você se lembra dele? Já o folículo que contém o óvulo maduro se move em direção à superfície do ovário, e é na ovulação que ambos se abrem, permitindo que o pequeno óvulo flutue para fora. Nessa altura, algumas mulheres sentem uma pontada ou câibra na parte inferior do abdômen ou nas costas (denominadas *mittelschmerz* – “dor central”).

Eu não conhecia a palavra “mittelschmerz” até frequentar a escola de enfermagem. Eu achava essa palavra muito legal, mas tinha certeza de que eu não era uma das mulheres que sentia. Mais ou menos um ano mais tarde, comecei a monitorar todos os meus sinais de fertilidade quando decidi tentar engravidar. Senti uma câibra estranha no meu lado esquerdo, que era uma sensação familiar, mas não tinha me dado conta de que isso significava que meu corpo estava ovulando. Eu até exclamei em voz alta: “mittelschmerz!”.

Além do que descrevemos aqui, algumas mulheres sentem dores de cabeça, de estômago ou letargia no período de ovulação, enquanto outras se sentem muito bem.

O óvulo após a ovulação

Após a ovulação, as extremidades da trompa de Falópio mais próxima – que parecem dedos (fimbria), como vimos na primeira parte do capítulo – varrem o óvulo liberado em direção à extremidade da trompa, que tem o formato de um funil. Cada trompa é revestida por cílios (projeções capilares microscópicas) que se movem constantemente para trás e para a frente. À medida que o óvulo começa sua jornada de vários dias para o útero, os movimentos ondulatórios dos músculos da trompa (peristaltismo), assim como os movimentos dos cílios, ajudam-no durante o percurso. Se o espermatozoide entrar na vagina, passar pelo colo do útero e viajar por ele, entrando nas trompas de Falópio, os cílios irão impulsioná-lo em direção ao óvulo.

Dessa forma, se o óvulo e o espermatozoide se encontrarem, eles podem se unir, o que caracteriza a concepção ou a fertilização – quando o espermatozoide “fertiliza” o óvulo. Por sua vez, o óvulo fertilizado viaja o resto do caminho na trompa de Falópio, chegando ao útero. Mesmo que a fertilização não ocorra, o folículo vazio que acabou de liberar o óvulo do ovário torna-se um corpo-lúteo (em latim, *corpus luteum* ou “corpo amarelo”, devido à sua cor), que continua a produzir estrogênio e começa a fabricar progesterona – hormônio que é produzido na segunda fase do ciclo menstrual e também pela placenta durante a gravidez.

Assim, se um óvulo fertilizado é implantado no útero, ele envia um sinal ao ovário para continuar a produzir progesterona, que ajudará a sustentar a gravidez, mantendo o revestimento uterino espesso e nutritivo. Caso a gravidez não ocorra, o corpo-lúteo é reabsorvido pelo ovário após duas semanas e os níveis hormonais diminuem. Esse é o disparador da menstruação, o que dá início a ela. Então, o óvulo se desintegra ou flui com as secreções vaginais.

Colo do útero

O tipo de muco ou fluido produzido pelo colo do útero muda ao longo do ciclo em resposta às flutuações de estrogênio e progesterona. Embora existam padrões gerais de secreção (eliminação) de fluidos, o padrão de cada mulher é único. O fluido cervical é uma espécie de guardião do útero. Na ovulação, ele se torna escorregadio e fino, como a clara do ovo, recobrendo a vagina e protegendo o espermatozoide de um ambiente relativamente ácido. O fluido cervical também nutre o espermatozoide e muda sua estrutura para prepará-lo para fertilizar o óvulo – o espermatozoide pode viver até cinco dias no fluido cervical. Após a ovulação, à medida que os níveis de progesterona aumentam, o fluido cervical se torna mais espesso, formando uma espécie de barreira que dificulta a entrada do espermatozoide no útero. Gradualmente, a vagina também vai ficando mais seca.

Nesse sentido, se você olhar para o seu colo do útero com a ajuda de um espelho ou senti-lo com os dedos, poderá notar que, no período de ovulação, ele é puxado

para cima na vagina, também podendo aumentar de volume, amolecer e se abrir um pouco mais.

O endométrio: revestimento do útero

O revestimento do útero, conhecido como endométrio, fica mais espesso e depois diminui ao longo do ciclo menstrual, engrossando consideravelmente durante a gravidez. Dentro desse revestimento, estão glândulas que podem secretar um fluido que ajudará a nutrir a gravidez até que a placenta seja formada. Aliás, você sabia que a placenta é um órgão que cresce nas primeiras semanas de gestação e que, durante a gravidez, atua como pulmão, entre outras funções, para o feto?

Em um ciclo menstrual típico, o estrogênio produzido pelo folículo do ovário em maturação faz com que as glândulas cresçam e o endométrio se torne mais espesso (em parte devido ao aumento do suprimento sanguíneo, ou seja, de sangue, na região). Esse espessamento do revestimento uterino é denominado fase proliferativa do ciclo menstrual. Sua duração pode variar, prolongando-se, geralmente, por seis ou até 20 dias. A progesterona, produzida pelo corpo-lúteo (folículo rompido, lembra?) após a liberação do óvulo, estimula as glândulas no endométrio a começarem a secretar sua substância nutritiva. Essa é a fase secretora do ciclo e é o único momento em que um óvulo fertilizado pode se implantar no revestimento uterino. Em mulheres com ciclos irregulares, a fase proliferativa é variável, como no caso de uma mulher com ciclos de 28 dias, que ovula no 14º dia, enquanto uma mulher com um ciclo de 35 dias ovula no 21º dia. Vamos ver o que são esses ciclos em detalhe no próximo tópico.

É possível ter algo parecido com um ciclo menstrual mesmo que você não tenha ovulado nesse mês. Esses são chamados ciclos anovulatórios e são comuns quando a menstruação começa, os ciclos estão se estabelecendo e, em seguida, voltam a ocorrer. Os ciclos anovulatórios tornam-se mais comuns à medida que a menopausa se aproxima.

Além disso, se a concepção não ocorre, o corpo-lúteo produz estrogênio e progesterona por cerca de 12 dias, e sua quantidade diminui nos últimos dias. Assim, à medida que os níveis de estrogênio e de progesterona diminuem, as pequenas artérias responsáveis pelo suprimento sanguíneo do endométrio se fecham. Então, o revestimento (endométrio), desprovido de alimento e oxigênio, colapsa e se rompe cerca de 14 dias após a ovulação. Isso é a menstruação: o período ou fluxo menstrual.

Logo, durante a menstruação, a maior parte do revestimento é perdida, mas um terço da parte inferior é mantida para formar um novo revestimento. Então, quando um novo folículo começa a crescer e a secretar estrogênio, o revestimento uterino vai ficando mais espesso e o ciclo recomeça.

Ciclos menstruais

Os ciclos de ovulação e menstruação das mulheres são muito variáveis. Contando a partir do primeiro dia da menstruação até o primeiro dia da menstruação seguinte, a maioria dos ciclos dura entre 23 e 36 dias. Para adolescentes, a variação pode ser ainda maior, de 21 a 45 dias. Muitas vezes, pensamos que a menstruação ocorre uma vez por mês (na verdade, a palavra “menstruação” deriva da palavra latina *mensis*, que significa “mês”). No entanto, enquanto algumas mulheres têm menstruações regulares todos os meses, outras têm ciclos que são mais longos ou mais curtos. Assim, algumas mulheres têm ciclos consistentemente regulares (menstruando a cada 28 ou 35 dias, por exemplo), enquanto outras têm ciclos cuja duração varia.

Por sua vez, os contraceptivos hormonais e/ou a amamentação podem alterar a duração dos nossos ciclos ou até mesmo interrompê-los completamente. Além disso, depois de termos engravidado – mesmo que tenhamos abortado, sofrido um aborto espontâneo ou tenhamos dado à luz –, nossos ciclos podem mudar. Por fim, a maioria das menstruações dura de dois a oito dias – a média de duração varia entre quatro e seis dias.

O que os ciclos menstruais revelam sobre a sua saúde

Seu ciclo menstrual fornece informações importantes sobre a sua saúde sexual e reprodutiva. Por exemplo, parar subitamente de menstruar (não estando grávida), ter hemorragias muito mais intensas do que o seu fluxo costuma apresentar ou perceber borões muito irregulares são sintomas que podem indicar um problema ginecológico.

O ciclo menstrual também provê informações importantes sobre a saúde geral da mulher. Assim como a pressão arterial e as frequências cardíacas e respiratórias são descritas como “sinais vitais” essenciais para o diagnóstico de condições de saúde potencialmente graves, o reconhecimento de padrões menstruais também pode fornecer informações que levem à identificação precoce de possíveis problemas de saúde. Alterações marcadas nos ciclos menstruais podem sinalizar problemas com a capacidade de coagulação do sangue, alterações significativas do peso, estresse emocional, doença da tireoide, condições autoimunes, desequilíbrio hormonal, diabetes, síndrome de Cushing, insuficiência ovárica primária (IOP), hiperplasia adrenal congênita de início tardio (HCA) e até mesmo câncer.

Além disso, alterações menstruais também podem indicar gravidez ou perimenopausa (os anos que antecedem o período menstrual final). Assim, ao longo de nossos anos reprodutivos, quando temos problemas médicos, a avaliação do ciclo menstrual deve ser incluída na avaliação de nossos outros sinais vitais.

Fluido menstrual

O líquido que flui da vagina durante o período menstrual inclui grande parte do revestimento uterino que se acumulou durante esse ciclo. Além de sangue (por vezes coagulado – como se tivesse gruminhos) e células endometriais (de revestimento), o fluido menstrual contém fluido cervical e secreções vaginais. Esse conteúdo misto não é evidente, uma vez que o sangue tem tonalidade vermelha ou castanha. Por fim, o fluxo usual esperado em um ciclo menstrual é de cerca de duas a cinco colheres de sopa, embora muitas vezes pareça mais.

O que fazer com o fluxo menstrual

Ao longo do tempo e em diferentes culturas, as mulheres têm usado uma variedade de produtos para captar o fluxo menstrual. Muitas vezes, a escolha se resume ao conforto, à disponibilidade, à conveniência, ao preço e, cada vez mais, a uma preocupação ecológica. Você pode encontrar a combinação perfeita rapidamente ou testar diferentes opções, procurando mais conforto no método que se adapta melhor a você. Não é preciso se prender a uma única forma de lidar com seu fluxo, também sendo possível combinar vários métodos de acordo com a sua conveniência. Agora que você sabe um pouco mais sobre o fluxo, talvez fique mais fácil escolher seu método; por isso, vamos conhecer alguns deles a seguir.

ABSORVENTES E OUTRAS OPÇÕES

Muitas mulheres usam absorventes internos ou externos para absorver o sangue menstrual. Os produtos descartáveis são mais facilmente encontrados. Além disso, sua escolha por usar um produto fora do seu corpo (absorvente externo) ou dentro dele (absorvente interno) é pessoal.

Dúvidas comuns sobre absorventes internos

Um absorvente interno pode se perder dentro de mim?

Não, de forma alguma. A vagina é um espaço fechado, e a abertura do colo do útero é muito pequena para que o absorvente interno entre. É verdade, porém, que um absorvente interno pode ser esquecido e escorregar para uma dobra vaginal, tornando-se difícil de encontrar e remover, o que pode gerar um forte odor e um corrimento marrom após alguns dias. Então, se você tiver dificuldade em encontrar o fio (que geralmente fica ligado a absorventes internos), você pode se agachar e tentar alcançar o próprio absorvente com os dedos.

Absorventes internos podem me deixar doente?

Não. Você pode ter ouvido por aí que absorventes internos causam Síndrome de Choque Tóxico (SCT), mas ela é uma condição grave e rara, causada por bactérias (*Staphylococcus aureus* ou por estreptococos). A SCT pode se apresentar com febre, erupção cutânea, pressão baixa, assim como comprometer vários órgãos. Os riscos de contrai-la aumentam muito se você ficar com absorventes internos por longos períodos de tempo; por isso, não se deve ultrapassar oito horas sem trocá-lo. Logo, se forem usados de acordo com as instruções da embalagem e trocados regularmente, eles são seguros.

Usar um absorvente interno pode afetar minha virgindade?

Mais uma vez, a resposta é não. A virgindade, em geral, se refere à ocorrência – ou não – de relação sexual, não à menstruação ou ao uso de absorventes internos. Esse uso pode ser um dos fatores que atuam na desintegração de seu hímen, mas tê-la de forma visível ou não, como já vimos neste capítulo, não está necessariamente ligado a ter tido relações sexuais ou não.

Por muitas razões, incluindo conforto, preocupações ambientais – que levam à preferência por produtos reutilizáveis – e receio em relação a resíduos químicos, muitas de nós usamos produtos modificados ou alternativos para coletar o sangue menstrual. Eles incluem absorventes internos compostos integralmente de algodão (às vezes orgânico) e sem cloro, absorventes externos livres de cloro e descartáveis ou de tecido lavável, assim como dispositivos que coletam o fluido menstrual em vez de absorvê-lo.

Absorventes internos feitos inteiramente de algodão ou de algodão orgânico e sem cloro são muitas vezes vendidos em lojas de produtos naturais e on-line, estando também cada vez mais presentes em algumas farmácias e mercados. Além disso, você pode fazer seus próprios absorventes externos de tecido – existem muitos sites de “faça você mesmo” mostrando alternativas bastante econômicas.

Algumas mulheres usam esponjas marinhas naturais que funcionam como absorventes internos e que também estão disponíveis em lojas de produtos naturais e on-line. São reutilizáveis e relativamente baratas, mas, infelizmente, muitos poluentes são despejados nos oceanos e é possível que as esponjas absorvam alguns desses poluentes e causem problemas. Por esse motivo, algumas usuárias fervem a esponja por cinco a dez minutos antes de usá-la pela primeira vez ou de reutilizá-la. No entanto, ao fazer isso, a esponja encolhe e endurece, reduzindo sua vida útil.

Também há mulheres que preferem produtos que coletam o fluido menstrual em vez daqueles que absorvem o sangue. São os coletores menstruais – copos alongados,

feitos de borracha ou silicone de qualidade médica, mantidos na vagina por sucção e que coletam o fluido menstrual. Eles podem ser usados durante a natação e outras atividades físicas, mas não durante a relação sexual com penetração. Já o coletor disco pode ser usado durante as relações com penetração quando se prefere não ter contato com a menstruação, mas não serve como um contraceptivo. Algumas mulheres usam diafragma ou capuz, um método para evitar gravidez, como coletor menstrual.

Um produto que tem crescido muito na preferência das mulheres é a calcinha absorvente, que coleta o sangue e pode ser usada continuamente por seis horas, além de ser reutilizável depois de lavada. Seu custo inicial ainda é alto, mas pode compensar a longo prazo.

Outra opção, como já foi dito, são os absorventes ecológicos feitos de pano. Tratam-se de absorventes reutilizáveis que você mesma pode fazer ou comprar pela internet. Eles precisam ser lavados após cada uso, o que pode dar um pouco mais de trabalho, mas, por outro lado, sua utilização mostra uma preocupação ecológica.

Menstruação: como lidar

Na cultura ocidental, que é a dominante onde vivemos, a menstruação é, em grande parte, um tabu; ou seja, algo visto socialmente com resistência, seja por questões morais, religiosas, culturais ou, até mesmo, por falta de informação. Ouvimos piadas sobre menstruação na televisão, onde também são exibidos anúncios de produtos menstruais, mas raramente se fala de menstruação de maneira séria.

Quando foi a última vez que você ouviu a expressão “sangue menstrual”? Estar “fresca” ou “limpa” é algo enfatizado quando se fala do assunto, mas o fato de que menstruamos é escondido, fica nas entrelinhas. Por muito tempo, a maioria dos anúncios de produtos menstruais tentava ser sutil, mostrando as mulheres seguras e vestindo branco enquanto praticavam ioga ou dançavam na praia, o que pouco reflete a sensação da maioria de nós durante o período menstrual.

Na verdade, muitas vezes nos sentimos obrigadas a nos desculpar quando falamos de menstruação. Além disso, sabemos que a experiência menstrual vai muito além do sangramento. Nossas vivências, tanto físicas como emocionais, variam muito e, algumas vezes, estão ligadas à nossa religião ou à nossa cultura. Assim, algumas tradições em relação à menstruação são transmitidas por nossas famílias, ainda que seja algo simples, como que tipo de produto usar ou qual é a melhor forma de lavar uma mancha de sangue.

Pobreza menstrual e educação menstrual

Você pode já ter escutado falar sobre pobreza menstrual e ter visto algumas imagens de mulheres com a calcinha cheia de jornal.

No relatório *Pobreza Menstrual no Brasil: desigualdade e violações de di-*

reito da UNFPA e UNICEF¹⁷, é considerado pobreza menstrual um conjunto de três fatores:

1. Dignidade na coleta do fluido menstrual para todas as pessoas que menstruam. O jornal na calcinha pode parecer representar uma situação de extrema vulnerabilidade, mas 70% das faltas escolares são de meninas que estão menstruadas.
2. Saneamento básico com água limpa para manter a condição de higiene íntima e das roupas e descarte correto dos absorventes por coleta de lixo ou aterro sanitário
3. Educação menstrual para que todas as pessoas conheçam melhor o funcionamento anatômico e fisiológico do corpo feminino.

Uma iniciativa que propõe um método contemporâneo de educação menstrual é o livro *Os segredos de Alice no país das maravilhas, uma viagem através do corpo feminino*¹⁸, de Bia Fioretti, que apresenta, a partir dos personagens da clássica história de Lewis Carroll, uma forma sensível e profunda de abordagem dos ciclos femininos, com inclusão, diversidade, autocuidado e autocohecimento valorizando a saúde física mental e emocional de qualquer pessoa que menstrua e ovula a partir da menarca.

Mudanças físicas e emocionais

O ciclo menstrual é governado por hormônios que aumentam e diminuem em padrões rítmicos. Esses hormônios influenciam as alterações físicas e emocionais que você pode sentir durante os ciclos, como já comentamos brevemente. Algumas mulheres notam poucas mudanças, outras sentem aumento de energia e criatividade, enquanto outras passam por mudanças de humor (positivas e/ou negativas) e alterações do corpo (seios inchados, por exemplo). Algumas têm cólica, outras não. Vejamos, a seguir, dois depoimentos de mulheres que mostram diferentes experiências com a menstruação.

Eu não era a maior fã da minha menstruação, mas aí eu descobri que tenho os orgasmos mais incríveis quando estou menstruada!

Eu não tenho nenhuma sensação ruim nem fico chateada quando menstruo. Ela é um sinal de que não estou grávida, o que me deixa feliz, pois estou na faculdade e ainda não estou na fase em que desejo ter filhos.

Mas a experiência de menstruar varia de mulher para mulher. A seguir, vamos conhecer algumas das alterações que podem gerar dor e desconforto.

Alterações pré-menstruais

As mulheres podem ter diversas sensações físicas e experiências emocionais alguns dias antes da menstruação – e, às vezes, durante os primeiros dias de fluxo menstrual – causadas pelas flutuações hormonais comuns ao ciclo menstrual. Entre as alterações mais negativas estão as de humor, fadiga, depressão, inchaço, sensibilidade mamária e dores de cabeça. Por vezes, essas experiências pré-menstruais são amenas, mas podem interferir em nossas vidas significativamente.

HUMOR E DEPRESSÃO

Fico chateada – triste com coisas simples – quando estou menstruada.

Algumas de nós experimentam mudanças de humor antes de menstruar, incluindo algum nível de depressão e irritabilidade emocional. Algumas percebem que problemas antigos se tornam mais evidentes nesses momentos; outras têm no humor uma autêntica expressão de sentimentos que, normalmente, não se sentem capazes, confortáveis nem seguras o suficiente para demonstrar. Algumas são capazes de lidar com mudanças de humor pré-menstruais, enquanto outras acham que a intensidade dos sintomas e as frustrações são insuportáveis.

Certas técnicas não médicas de autocuidado podem ajudar com as oscilações de humor. Abordagens que se revelaram úteis em alguns estudos incluem exercício, suplementação de cálcio e de vitamina B6 (embora muita vitamina B6 possa ter efeitos colaterais graves), assim como o uso da erva *Vitex agnus-castus* (*chasteberry*).

Conhecimento popular

Você sabia que a sabedoria popular brasileira recomenda chás de salsaínia (cheiro-verde) e chás de arruda para regular o ciclo menstrual? Pergunte a uma pessoa mais velha da sua família como ela fazia. Essa é uma forma de cuidado natural, da medicina popular, que pode dar bons resultados e ser facilmente encontrada em farmácias ou na internet.

Para algumas mulheres, também têm funcionado e têm sido objeto de estudo mudanças na dieta, tais como limitação de sal, açúcar, cafeína (sobretudo café), carne vermelha e álcool, assim como a realização de massagem, reflexologia, manipulação quiroprática, ioga, visualização guiada, estimulação fótica, acupuntura e terapia de luz brilhante. Por outro lado, um pequeno, mas significativo, número de mulheres vivencia a depressão pré-menstrual extrema, o que interfere em seu trabalho, em suas interações sociais e em seu bem-estar geral. Nesses casos, o reconhecimento do

problema e o cuidado são essenciais. Assim, se a depressão pré-menstrual interfere perceptivelmente em sua rotina diária (se você não sai da cama, falta ao trabalho ou tem pensamentos suicidas) e as abordagens não médicas não são úteis, procure aconselhamento em uma unidade de saúde com ginecologistas ou obstetras ou, ainda, com profissionais de saúde mental.

Caso esse seja seu caso, tratamentos médicos para a depressão pré-menstrual incluem o uso continuado de contracepção hormonal, para que não haja menstruação, ou de medicamentos antidepressivos. Você deve discutir a melhor opção para você com uma equipe médica.

Cólicas graves

As mulheres podem ter níveis muito diversificados de cólicas relacionadas à menstruação – esses níveis variam desde nenhuma dor a cólicas graves (dismenorreia). Uma gama particular de sintomas, incluindo cólicas e, por vezes, náuseas e diarreia, pode ser causada pelo excesso de produção e liberação de prostaglandinas – que são semelhantes aos hormônios encontrados em todo o corpo, mas podem causar, por exemplo, contrações dos músculos uterinos e intestinais.

Quando há muitas prostaglandinas, as contrações rítmicas e geralmente indolores do útero, que ocorrem durante a menstruação, tornam-se mais longas e rigorosas na fase de contração, impedindo o oxigênio de chegar aos músculos. É essa falta de oxigênio que se manifesta como dor. Além disso, a expectativa da menstruação muitas vezes piora a dor, visto que ficamos tensas. Ainda não é claro o motivo de algumas mulheres terem mais prostaglandinas uterinas do que outras, mas esse tipo de cólica menstrual é, na verdade, um sinal comum de ciclo hormonal e ovulação.

Sempre tive cólicas durante a menstruação e, às vezes, elas me deixavam extremamente infeliz. Quando minha menstruação voltou após o parto, minha relação com as cólicas mudou. Depois de ter sentido as contrações do parto, eu tive consciência de que as cólicas eram só contrações musculares. Ainda tenho momentos em que as cólicas menstruais incomodam (viva o ibuprofeno!), mas também tenho momentos em que entro em sintonia comigo mesma, respiro e me sinto poderosa.

Assim, existem dois tipos de dismenorreia: a dismenorreia primária, que consiste em cólicas dolorosas (com ou sem náuseas e diarreia) e que não está associada a qualquer outra doença pélvica; e a dismenorreia secundária, que é a dor associada a outro problema pélvico, como endometriose, doença inflamatória pélvica ou fibroides (miomas uterinos). A dismenorreia primária é a mais comum e, normalmente, começa na adolescência. A dor passa após alguns dias de sangramento.

Vocabulário das alterações pré-menstruais

O termo TPM, referente a tensão pré-menstrual, também conhecido como síndrome pré-menstrual, é frequentemente acompanhado por palavras como “sintomas” e “tratamentos”, como se as alterações pré-menstruais fossem uma doença. Falar dessas alterações como um problema ou uma patologia (doença) não leva em conta o caráter cíclico e as flutuações dos hormônios femininos.

Algumas mulheres sentem um desconforto debilitante, dor ou alterações de humor nos dias que precedem a menstruação, que, como vimos, na maioria das vezes, são um reflexo da queda do estrogênio e da progesterona. Porém, o rótulo TPM sugere que a maioria das mulheres sofre mensalmente de uma “síndrome”, termo que está associado a doença, o que não reflete a variação real, significativa e esperada das experiências das mulheres.

De forma similar, há um debate sobre o termo e o diagnóstico do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), usado para descrever uma forma severa de depressão pré-menstrual. Alguns críticos argumentam que o termo, criado pela Associação Americana de Psiquiatria em 1993, patologiza as alterações menstruais ao dar às mulheres o rótulo de um “transtorno” psiquiátrico específico, reforçando a ideia de que as mulheres são “loucas” uma vez por mês e não devem exercer cargos que envolvam muita autoridade ou estresse.

“Quando você começa a dizer que a TDPM – e, por extensão, a TPM – é um distúrbio psiquiátrico, o que você está dizendo sobre as mulheres deste mundo?”, questiona Nada Stotland, antiga presidenta da Associação Americana de Psiquiatria e professora de Psiquiatria no *Rush Medical College* em Chicago. “Isso reforça preconceitos que as pessoas já têm, segundo os quais as mulheres são mal-humoradas e instáveis”. De acordo com Stotland, a maioria das mulheres que busca tratamento para a TPM tem sintomas que não estão, de fato, relacionados ao período menstrual: “A maior parte pode sofrer de depressão todos os dias. Outras têm ansiedade e distúrbios de personalidade. Algumas estão em sofrimento psicológico porque estão sendo abusadas”.

Mas por que interessa ao meio médico patologizar (classificar como doença) essas questões? A depressão pré-menstrual grave, quando ocorre, parece ser rara, mas sua existência representa uma oportunidade de expansão do mercado feminino para medicamentos psicotrópicos. Empresas farmacêuticas, cujos medicamentos são aprovados pela FDA (Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos) para mulheres com diagnóstico de TDPM, algumas vezes criam material de marketing que encoraja o excesso de diagnóstico.

A empresa farmacêutica Bayer, por exemplo, teve de lançar campanha publicitária para corrigir os anúncios que sugeriam que a irritabilidade e outros desconfortos pré-menstruais comuns configuravam o TDPM e deveriam ser tratados com sua pílula anticoncepcional, Yaz. A campanha corretiva explicava que o TDPM é raro e

grave, evitando sua banalização e consumo de medicação desnecessária. Em outra perspectiva acerca do possível excesso de diagnóstico de TDPM, a Agência Europeia de Avaliação de Medicamentos recusou-se a aprovar medicamentos para TDPM, manifestando a preocupação de que as mulheres “com sintomas pré-menstruais menos graves podem erroneamente receber um diagnóstico de TDPM, resultando no uso generalizado e inapropriado de fluoxetina a curto e longo prazo”.

Abordagens não médicas que ajudam algumas mulheres incluem: ervas chinesas fornecidas por uma pessoa profissional de medicina chinesa experiente; aplicação de calor úmido ou seco sobre o abdômen; ingestão de ácidos graxos ômega-3; autoaplicação de pontos de acupressão; e ingestão de suplementos de gengibre. Caso esses métodos não funcionem, ou se você não conseguir ou não quiser testá-los, procure a ajuda de uma pessoa profissional de saúde. Além disso, anti-inflamatórios não esteroides (AINE) de prescrição médica, tais como o ibuprofeno, pílulas anticoncepcionais e outras formas de contraceptivos hormonais e dispositivos intrauterinos podem diminuir as cólicas menstruais graves para a maioria das mulheres. Mas fique atenta! Produtos farmacêuticos industrializados também podem ter efeitos colaterais e, por isso, é preciso avaliar se seus benefícios compensam os riscos.

Fluxo intenso e/ou sangramento irregular

Você pode ter uma menstruação muito intensa (menorragia) se não ovular durante um ciclo. Isso ocorre, ocasionalmente, com todas as mulheres e é mais frequente na adolescência, durante a perimenopausa ou em tempos de estresse, assim como depois de qualquer gravidez. Fluxos intensos também podem ocorrer se você tiver fibroides (miomas uterinos ou tumores benignos), se estiver usando algum tipo de DIU para controle contraceptivo (alguns, na verdade, podem reduzir cólicas e sangramento) ou se apresenta algum transtorno de sangramento hereditário. A doença de Von Willebrand é uma das coagulopatias (distúrbios relativos à coagulação do sangue) hereditárias mais comuns e, segundo dados de 2016, acomete cerca de 32% da população brasileira com coagulopatias hereditárias⁴⁹. Esse distúrbio hemorrágico (relativo ao escape de sangue) afeta o funcionamento das plaquetas (componentes do sangue) e resulta em um sangramento menstrual intenso.

Por sua vez, o sangramento irregular – fluxo menstrual não planejado – pode ser causado pela recorrência da não ovulação e estar relacionado à idade (sendo, novamente, mais comum no início da adolescência e da perimenopausa), a problemas de saúde ou a estresse grave. Já no início da gravidez, o sangramento pode progredir, ou não, para um aborto espontâneo, sendo, algumas vezes, confundido com a menstruação de fluxo leve ou intenso.

Nesse sentido, se você tem fluxos intensos e/ou sangramento irregular, é uma boa ideia conversar com profissionais de saúde para descartar a possibilidade de serem

sinais de problemas sérios. Manter um calendário menstrual também pode ajudá-la a conhecer seu fluxo e a saber o que é normal para você.

Menstruação ausente, de fluxo muito leve ou descontínua

Amenorreia primária é o estado de saúde em que a menstruação não ocorre até a idade esperada (no máximo até os 16 anos, como mencionamos anteriormente). Já amenorreia secundária é a ausência de menstruação após a pessoa ter tido ao menos uma menstruação, e a oligomenorreia consiste em menstruação pouco frequente, com intervalos anormais. Algumas causas da amenorreia e da oligomenorreia são: gravidez, menopausa, amamentação, treinamento esportivo pesado, fatores emocionais, tensão, uso recente ou contínuo de hormônios para controle contraceptivo, dieta excessiva, anorexia ou fome. Além disso, tanto a amenorreia como a oligomenorreia também podem se dar devido ao uso de alguns medicamentos, incluindo quimioterápicos; à obstrução ou à malformação do trato genital; a um desequilíbrio hormonal; a cistos ou tumores; a doenças crônicas; ou a alterações cromossômicas. A amenorreia e a oligomenorreia também podem ser causadas por uma combinação de vários desses fatores.

MAPEANDO SEUS CICLOS MENSTRUAIS

Muitas mulheres acham útil manter um calendário menstrual ou um gráfico especial chamado mandala lunar. Ao fazê-lo, podemos conhecer nossos corpos e aprender sobre nosso período fértil, sobre o que é normal para nós, de modo que sejamos mais cuidadosas e nos tornemos mais empoderadas sobre a nossa saúde. Você pode imprimir a mandala lunar, usar um calendário on-line ou manter um diário para anotar quando menstrua, se e quando você tem secreções vaginais, assim como quando você tem experiências físicas ou emocionais diferenciadas (incluindo dor ou cólicas, fluxo mais intenso ou moderado e alterações no desejo sexual, no nível de energia ou de humor, nos seios ou na saúde física em geral). Você pode encontrar as mandalas menstruais e outros aplicativos de monitoração da menstruação no livro *Os segredos de Alice* (ver nota 18) e na internet.

Monitoração da fertilidade

Uma maneira de mapear nossos ciclos menstruais é fazer a monitoração da fertilidade. Além de ser uma boa ferramenta para avaliar sua saúde ginecológica, é um método cientificamente válido de controle natural tanto para a contracepção quanto para engravidar.

A monitoração da fertilidade consiste na observação e no mapeamento de sinais do corpo, tais como mudanças no fluido cervical e em sua cor, assim como alterações no tamanho e na forma do colo do útero, que indicam a fertilidade da mulher em

qualquer dia. Além do mais, a monitoração da fertilidade está baseada nos seguintes princípios científicos:

- O ciclo menstrual pode ser dividido em três fases: a fase infértil pré-ovulatória, a fase fértil e a fase infértil pós-ovulatória. Você pode verificar em qual fase do ciclo está ao observar os três sinais primários de fertilidade: a temperatura matinal (temperatura corporal basal, ou TCB), o fluido cervical e a posição cervical. Falaremos sobre isso mais adiante.
- O ciclo menstrual está sob influência direta do estrogênio e da progesterona, e o corpo fornece sinais diários sobre o status desses hormônios. O estrogênio domina a primeira parte do ciclo e a progesterona, a última. Outro hormônio, denominado hormônio luteinizante (LH), é o catalisador (gerador de reação) que impulsiona o ovário a liberar o óvulo e pode ser medido por kits de teste de ovulação.
- A ovulação (liberação do óvulo) ocorre uma vez por ciclo. Durante esse período, um ou mais óvulos são liberados e eles podem sobreviver por 12 a 24 horas. Se um segundo óvulo for liberado em um mesmo ciclo (como no caso de gêmeos fraternos), isso ocorrerá em até 24 horas depois do primeiro.
- O período entre a menstruação e a ovulação pode variar, mas, em geral, é de aproximadamente duas semanas.
- O esperma pode viver no fluido cervical (que vimos como guardião do útero, lembra?), mantendo-se fértil por até cinco dias, embora normalmente viva apenas por cerca de dois dias.

Sinais de fertilidade primária

Para finalizar, vamos conhecer os sinais de fertilidade primária e secundária, encerrando este capítulo sobre anatomia sexual, reprodução e ciclo menstrual.

Temperatura corporal basal (TCB)

Em geral, a TCB é medida sempre pelas manhãs, antes de qualquer atividade física. Para as mulheres, um dos sinais de que estamos férteis é a elevação (o aumento) dessa temperatura. Antes da ovulação, as temperaturas matinais geralmente variam entre 36,1°C e 36,4°C. Já após a ovulação, é comum que subam para algo em torno de 36,4°C e 37°C. Pode parecer uma alteração singela, mas ela indica que estamos ovulando, ou seja, estamos férteis, em um período em que podemos engravidar mais facilmente.

Para aferir sua temperatura, você pode colocar um termômetro em sua boca ou em sua vagina, e é interessante usar um termômetro especial (termômetro basal) ou digital para obter leituras precisas o suficiente para identificar essas pequenas mudanças. Depois da ovulação, sua temperatura geralmente permanece elevada até a

próxima menstruação, que deverá ocorrer em torno de duas semanas. Mas, se você engravidar, ela continuará alta por mais de 18 dias.

Nesse sentido, um conceito importante de entender é o seu padrão de baixas e altas temperaturas. As temperaturas antes da ovulação variam em um nível baixo, mas, após a ovulação, são mais elevadas. O truque é observar o todo e não focar tanto nas mudanças dia a dia. As temperaturas normalmente sobem cerca de um dia após a ovulação, o que indica sua ocorrência. Já um aumento constante da temperatura matinal indica, quase sempre, que a ovulação aconteceu.

Entretanto, esse sinal não aponta a chegada da ovulação, como os outros dois sinais (fluido cervical e posição cervical), que veremos a seguir. Assim, depois de mapear alguns ciclos, se eles forem consistentes, você deve conseguir ter um maior controle sobre sua fertilidade ao ver como esses três sinais interagem. Muitas vezes, acreditamos que a maioria das mulheres ovula no ponto mais baixo do gráfico de temperatura, mas isso é verdade para apenas uma minoria de mulheres. É mais comum que a ovulação ocorra no dia anterior ao aumento da temperatura.

Além disso, existem alguns fatores que podem alterar a sua temperatura matinal basal, como:

- febre,
- consumo de álcool na noite anterior,
- menos de três horas consecutivas de sono antes de aferir a temperatura,
- ingestão de comida ou bebida antes de verificar a temperatura oralmente,
- verificação da temperatura em períodos substancialmente diferentes do usual,
- aquecimento corporal, decorrente de uso de cobertor elétrico, por exemplo, e
- problemas com a tireoide.

Usando a monitoração da fertilidade para engravidar

Ao mapear seus sinais de fertilidade diariamente, você pode usar a monitoração de fertilidade para evitar a concepção ou para engravidar. A seguir, oferecemos algumas informações básicas sobre o uso da monitoração da fertilidade para aumentar suas chances de engravidar. Porém, para usar esse método de forma eficaz, você precisa de mais informações do que as que este livro oferece. Assim, sugerimos que você procure uma aula e/ou adquira um livro que te ensine especificamente como identificar sua fertilidade no dia a dia e um gráfico especial para monitorá-la. De todo modo, a maioria das mulheres não precisa ser tão científica assim para conseguir engravidar – com ejaculação ou inseminação na vagina a cada um ou dois dias no meio do ciclo, a maioria das mulheres engravida dentro de seis meses. Dados os avisos, passemos às informações.

Para usar a monitoração da fertilidade como auxílio para engravidar, há dois pontos importantes a serem mantidos em mente:

1. **Saiba se está ovulando.** Ao medir sua temperatura corporal basal assim que acordar, você deve notar um padrão de baixas temperaturas antes da ovulação, seguido por cerca de 12 a 16 dias de altas temperaturas (considerando aquele panorama que demos logo no início deste item). Se você não conseguir observar um padrão claro, ou se a sua temperatura elevada após a ovulação durar menos de dez dias, considere marcar uma consulta médica para se certificar de que você está ovulando e de que a última fase do seu ciclo é longa o suficiente para sustentar uma gravidez. Você também pode verificar se está ovulando utilizando kits de teste de ovulação, que, a partir da urina, verificam a presença do hormônio luteinizante (LH). No período entre 24 e 48 horas antes da ovulação, as mulheres apresentam um pequeno aumento de LH, e é aí que os kits de teste de ovulação podem te ajudar a saber quando a ovulação está prestes a acontecer.
2. **Tenha relações sexuais ou faça inseminação todos os dias em que o fluido cervical estiver molhado e com muita elasticidade.** O último dia em que esse fluido cervical estiver escorregadio e elástico será o dia mais fértil do seu ciclo. Então, por exemplo, se você tiver fluido cervical molhado na segunda, na terça e na quarta-feira, o ideal é que você tenha relações sexuais ou faça a inseminação em cada um desses dias. Entretanto, espera-se que a quarta-feira seja o seu dia mais fértil, já que é o mais próximo da ovulação. Um ponto que também deve ser considerado é o caso de a contagem de esperma utilizado para a concepção ser limítrofe ou baixa. Se isso ocorrer, você deve ter relações sexuais ou fazer inseminação todos os dias em que houver fluido cervical molhado; se o esperma tem problemas morfológicos (em sua forma), fazer esses procedimentos todos os dias é melhor. É possível fazer espermogramas (análise do sêmen) com testes caseiros ou com médica ou médico.

Ainda em relação à TCB, se você engravidar, sua temperatura nos dias seguintes à ovulação deverá se manter elevada e você não menstruará. Por fim, caso não engravide naturalmente, você pode ser aconselhada a esperar um ano inteiro antes de procurar avaliação médica. Porém, você e seu parceiro devem considerar a possibilidade de buscar uma pessoa profissional de saúde após seis ciclos, caso você esteja sincronizando relações sexuais ou inseminação a cada ciclo, de acordo com os passos descritos anteriormente, sem efetivar a contracepção. Além disso, se você tiver mais de 40 anos, a avaliação da fertilidade é recomendada após três ciclos.

Fluido cervical

O fluido cervical é a secreção produzida na época da ovulação que permite que o esperma alcance o óvulo – já falamos um pouco dele neste capítulo. Em tese, o fluido cervical fértil funciona como o fluido seminal (do sêmen): fornece um meio

alcalino (que neutraliza ácidos fortes) para proteger o esperma em uma vagina ácida. Além disso, fornece alimento para o esperma, atuando como um mecanismo de filtragem e funcionando como um meio de locomoção. O fluido cervical também capacita o esperma, ao remover a ponta de sua cabeça, preparando-o para fertilizar o óvulo.

Após o fim da menstruação, você pode ter vários dias sem nenhum fluido cervical. No entanto, à medida que o estrogênio aumenta, o fluido cervical normalmente começa a ficar mais presente e molhado, e você terá dias seguidos em que perceberá uma evolução de consistência pegajosa a cremosa, chegando finalmente a um fluido claro, escorregadio e elástico (a propriedade elástica do fluido também é conhecida como *Spinnbarkeit*). Esse fluido é semelhante à clara de ovo e aparece à medida que a ovulação se aproxima. A característica mais marcante desse fluido cervical fértil é a sua qualidade lubrificante.

Depois que o estrogênio atinge um pico e cai, o fluido cervical seca abruptamente, muitas vezes em poucas horas. Isso acontece devido ao aumento da progesterona após a ovulação. Assim, a ausência de fluido cervical molhado, em geral, dura o ciclo inteiro.

Um truque para ajudá-la a identificar a qualidade do fluido cervical presente em sua abertura vaginal é ver qual é a sensação de passar um lenço de papel (ou o seu dedo) por seus lábios vaginais. Parece seco? É suave? É deslizante? Quando você estiver seca, o lenço não passará suavemente por seus lábios vaginais, mas, à medida que você se aproxima da ovulação, seu fluido cervical ficará progressivamente mais molhado, facilitando o deslizamento do lenço ou do seu dedo.

Entretanto, assim como ocorre com a temperatura, alguns fatores podem mascarar ou interferir no fluido cervical. São eles:

- infecção vaginal,
- sêmen de relações sexuais recentes,
- fluido de excitação,
- espermicidas e lubrificantes,
- anti-histamínicos, que podem secar ou diminuir os fluidos,
- medicamentos para a tosse com guaifenesina, que podem aumentar o fluido.

Além disso, se você parou recentemente de tomar pílulas anticoncepcionais, pode notar um de dois padrões muito diferentes: ou você não produzirá uma quantidade significativa de fluido cervical ou tenderá a gerar um fluido cervical cremoso e contínuo por vários meses.

Posição cervical

Além da liberação de fluido cervical, seu colo do útero passa por mudanças ao longo do seu ciclo. Essas alterações podem, por vezes, ser sentidas inserindo um dedo limpo na sua vagina (com seu dedo médio é geralmente mais fácil, visto que é o

mais longo). Como já vimos, o colo do útero é normalmente firme, como a ponta do nariz, mas torna-se macio e um tanto mole, como seus lábios, conforme você se aproxima da ovulação. Além disso, ele normalmente está em uma posição bastante baixa e com sua covinha (fenda ou abertura) fechada, subindo e se abrindo apenas em resposta aos altos níveis de estrogênio durante a ovulação. Por fim, o ângulo do colo do útero também muda nesse período, tornando-se mais reto quando os níveis de estrogênio são altos.

Sinais secundários de fertilidade

Os sinais secundários de fertilidade no período de ovulação podem incluir dor ou sensibilidade na região dos ovários, aumento do desejo sexual e inchaço abdominal. Esses sinais não ocorrem em todas as mulheres ou em todos os ciclos de cada mulher. Ainda assim, quando aparentes, eles podem oferecer informações adicionais para ajudar na identificação das fases férteis e inférteis.

Como pôde ser observado, este capítulo descreve a anatomia sexual feminina, mas algumas de nós, que nos identificamos como mulheres, não apresentamos essa anatomia. Além disso, algumas de nós têm anatomias femininas e masculinas, e há quem apresente uma anatomia feminina, mas se identifique como homem ou como pessoa não binária. Abordaremos esses temas complexos referentes a sexualidade e gênero mais especificamente na Parte 2, “Relacionamentos e sexualidade”.

Agora, chegamos ao fim do primeiro capítulo de *Nossos corpos por nós mesmas*, uma tradução e adaptação de conteúdo para o português do Brasil, com revisão técnica, da obra *Our Bodies, Ourselves* (OBOS). Esperamos que essa jornada pelo seu e pelo nosso corpo tenha sido leve e tenha contribuído para o seu autoconhecimento. Este capítulo trouxe muitas informações, algumas consideradas até um pouco técnicas, não é mesmo? No entanto, é importante que você saiba que cada capítulo terá uma identidade própria, trazendo assuntos diversos. Vamos conhecer o próximo?

NOTAS

1. Ana Alfageme, “Helen O’Connell e a ainda desconhecida anatomia do clitóris”. *Blog do Saber*, 22 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://blogdosaber.com.br/entrevista-helen-oconnell-e-a-ainda-desconhecida-anatomia-do-clitoris/>
2. O conteúdo deste item foi adaptado de Anna Knöfel Magnusson, “Vaginal corona: Myths surrounding virginity – your questions answered” [Corona Vaginal: mitos sobre virgindade – respostas às suas perguntas], *Brommatryck & Brolins*, 2009. Disponível em: <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/vaginal-corona-english.pdf>. Recomendamos também a cartilha de Simone Diniz, “Fique amiga dela: dicas para entender a linguagem de suas partes mimosas”. *Coletivo*

- Feminista Sexualidade e Saúde*, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.casaangela.org.br/pdf/09-fique-amiga-dela.pdf>
3. Juc, Colombari e Sato, “Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário”. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 36, n.1, p. 55–60, 2011. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/76>
 4. As pessoas convidadas a dar depoimentos para as traduções do OBOS ficaram livres para identificar, ou não, seus nomes e suas expressões ou identidades de gênero. Como a entrevistada, mesmo apresentando DDS, se identificou como mulher, vamos usar palavras (ou fazer a concordância do texto) que se refiram a ela no feminino. Isso vale para todos os depoimentos desta obra, em sua versão em português brasileiro. Além disso, não faremos correções ou adaptações de texto, estejam eles em inglês (sendo apenas traduzidos) ou em português.
 5. Ver Ana Lúcia Santos, “Para lá do binarismo? O intersexo como desafio epistemológico e político”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 102, p. 3–20, 2013. Disponível em <https://doi.org/10.4000/rccs.5421>
 6. accordalliance.org
 7. aissg.org
 8. Juliana Conte, “Conduta para lidar com pessoas intersexo no nascimento divide especialistas”. *Portal Drauzio Varella*, 25 de junho de 2019. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/sexualidade/conduta-para-lidar-com-pessoas-intersexo-no-nascimento-divide-especialistas/>.
 9. A Resolução nº 1.664 de 2013 define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2003/1664_2003.pdf
 10. Rede social da ABRAI, disponível em: <https://www.facebook.com/abraintersex/>
 11. Consolidação Normativa Notarial e Registral, art. 136: “Nos casos de diagnóstico de Anomalia de Diferenciação Sexual – ADS em recém-nascidos, o registrador deverá lançar no registro de nascimento o sexo como ignorado, conforme constatação médica lançada na Declaração de Nascido Vivo – DNV. Parágrafo único – Fica facultado que, a critério da pessoa que declarar o nascimento, no campo destinado ao nome conste a expressão “RN de”, seguida do nome de um ou de ambos os genitores”. Mais informações em: “TJ-RS lança provimento inédito sobre registro de bebês sem sexo definido”. *Revista Consultor Jurídico*, 7 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jun-07/tj-rs-cria-regras-registro-bebes-sexo-definido>
 12. Consolidação Normativa Notarial e Registral, art. 137: “assim que definido o sexo da criança, o registro deste e do nome poderão ser retificados diretamente perante o RCPN do registro do nascimento, independentemente de autorização judicial. § 1º – O requerimento para retificação mencionada neste artigo deverá ser acompanhado de laudo médico atestando o sexo da criança, podendo ser formulado por qualquer de seus responsáveis”.
 13. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 5255/2016. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2084195>

14. “Confira as recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama”, *Instituto Nacional do Câncer*, 23 de julho de 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/confira-recomendacoes-do-ministerio-da-saude-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama>
15. “Israel: women and their bodies”, OBOS, 2011. Disponível em: <https://www.ourbodiesourselves.org/global-projects/israel-women-and-their-bodies/>. Os prefácios das edições OBOS no mundo estão disponíveis em: Érica Lima e Janine Pimentel (orgs.) “Our Bodies, Ourselves transformado mundialmente: uma coleção de prefácios com traduções culturalmente adaptadas de *Our Bodies, Ourselves*”, Publicações IEL, Campinas, 2020. Disponível em: <https://www.iel.unicamp.br/sites/default/files/iel/publicacoes/OBOS.pdf>
16. “Japan: Shokado Women’s Bookstore”, OBOS, 1998. Disponível em: <https://www.ourbodiesourselves.org/global-projects/japan-shokado-womens-bookstore/>
17. Unicef, “Pobreza menstrual no Brasil”. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual_relatorio-unicef-unfpa_mai2021.pdf
18. Bia Fioretti, *Os segredos de Alice no país das maravilhas, uma viagem através do corpo feminino: hormônios, mensuração e autoconhecimento*. Senac, 2021.
19. *Perfil das coagulopatias hereditárias 2016*. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_coagulopatias_hereditarias_2016.pdf

INTRODUÇÃO À SAÚDE SEXUAL

TRADICIONALMENTE, o corpo das mulheres e a sua sexualidade têm sido encarados e apresentados como propriedade e problema de todos, menos delas mesmas. Muitas de nós fomos levadas a crer que o conhecimento sobre o nosso corpo e o cuidado com ele são desnecessários, até mesmo inapropriados – sobretudo no que se refere às partes consideradas essencialmente sexuais. Contudo, aprender a nos cuidar pode nos dar liberdade para que nos sintamos mais confortáveis em nossos corpos e com nossa sexualidade, além de permitir que tenhamos um papel mais ativo na atenção e na manutenção de nossa própria saúde.

Este capítulo abrange algumas medidas que você pode tomar para proteger sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo o que você pode fazer por si mesma e quando procurar uma equipe profissional de saúde. Além disso, descreve o que você deve esperar de uma consulta e de um exame ginecológico, assim como traz formas de reivindicar o cuidado respeitoso, solidário, individualizado e abrangente que todas nós merecemos. Conforme você for lendo este capítulo, pode ser de grande ajuda retomar os desenhos, as descrições e as definições presentes no capítulo anterior “Anatomia sexual, reprodução e ciclo menstrual”.

AUTOCUIDADO COM A VAGINA E A VULVA

No geral, a vulva e a vagina precisam apenas de cuidados básicos para que se mantenham saudáveis. Aqui estão algumas dicas para manter sua vulva saudável:

- Não subestime o essencial. Coma bem, se hidrate, durma o suficiente e se exercite regularmente para ajudar a manter todas as partes de seu corpo saudáveis.
- Faça sexo consciente. Conheça o histórico sexual das pessoas com quem você se relaciona e pratique sexo seguro.
- Pegue leve. Calcinhas fio-dental podem causar fricção na parte da frente e na de trás. Além disso, calças apertadas, peças de elastano e calcinhas sintéticas podem impedir a ventilação da área vulvar, mantendo-a quente, úmida e podendo causar irritação. Use roupas mais largas e confortáveis e roupa íntima de fibra natural, como algodão. Além disso, dormir sem roupa íntima ou qualquer outro item

apertado permite que a área vulvar respire e ajuda a manter os tecidos da vulva saudáveis.

- Não use duchas. A vagina é um órgão que se limpa sozinho, então não há necessidade de lavagem interior. Na verdade, a lavagem com ducha pode causar mudanças prejudiciais no pH (acidez) e no equilíbrio das bactérias normalmente presentes na vagina.
- Mantenha hábitos de higiene. Para evitar a propagação de bactérias que podem causar infecção no trato urinário, depois de evacuar limpe-se estendendo o braço por trás da vulva, indo da frente para trás (da vulva em direção ao ânus, e não o contrário).
- Use absorventes ou coletores menstruais de maneira prudente. Escolha a absorção adequada e troque o absorvente ou esvazie o coletor em um intervalo máximo de oito horas.
- Não exagere. Para limpar sua vulva, utilize apenas água ou um sabonete neutro e sem cheiro, aplicando-o com seus próprios dedos – não esfregue a região. Evite banhos longos em água quente, pois eles podem ressecar e irritar a pele.
- Evite produtos que podem irritar sua pele e mucosa. Deixe os sabonetes, os desodorantes corporais, os lenços umedecidos e os perfumes de lado. Esses produtos podem causar irritação em alguns corpos. Se você tiver pele sensível, utilize papel higiênico sem cheiro, assim como sabão hipoalergênico (como sabão de coco) para lavar suas roupas, evitando utilizar amaciantes, alvejantes ou outros produtos perfumados em sua roupa íntima e de cama.

As vulvas têm um cheiro particular, assim como as outras partes do nosso corpo e outras partes do corpo das pessoas com quem nos relacionamos sexualmente. É normal que vulvas tenham um cheiro um pouco almiscarado ou ácido no dia a dia e, durante a menstruação, esse odor pode ser um tanto metálico. Também é típico que as vulvas tenham cheiros distintos em diferentes períodos do ciclo menstrual. Se um parceiro sexual ejacular dentro de sua vagina, isso também pode alterar seu odor, principalmente por um ou dois dias depois da ejaculação. Produtos para a vulva ou para a vagina, de caráter aromático ou com função desodorante, não foram fabricados com nossa saúde em mente e se aproveitam da insegurança que nós, mulheres, temos.

Se o cheiro de sua vulva parecer especialmente forte ou atípico e se isso se prolongar por mais do que alguns dias, talvez seja um sinal de infecção. Nesse caso, marque uma consulta com uma profissional de saúde e, até lá, evite utilizar qualquer tratamento comercial ou medicamento na vulva e/ou na vagina que não tenha sido prescrito a você. Isso inclui tratamentos para infecções fúngicas de venda livre, sem necessidade de receita. Se você não tem certeza do que está causando a alteração, utilizar o medicamento errado pode piorar a irritação e dificultar o diagnóstico do que pode estar errado se de fato houver uma complicação.

POSSO DEPILAR LÁ EMBAIXO?

A remoção de pelos não é necessária do ponto de vista da saúde e, inclusive, pode causar irritação e infecções cutâneas. Se optar por aparar ou remover os pelos da vulva e ao redor dela, proceda com cautela, especialmente se sua pele for sensível. Um barbeador elétrico de lâminas removíveis é mais seguro e delicado do que um barbeador comum para aparar a linha do biquíni e o monte púbico (a região que fica acima do osso púbico). Evite utilizar cremes depilatórios, pois eles podem queimar a pele. Abrasões e pelos encravados são comuns com a depilação com cera, então use esse produto apenas nas coxas ou procure uma depiladora profissional.

Traduzindo OBOS na Turquia

Grupo: Mavi Kalem, Turquia

Livro: *Bedenlerimiz Biziz* (*Our bodies are us* [“Nossos corpos somos nós”] em português), uma adaptação turca de *Our Bodies, Ourselves*⁴

Site: bedenimveben.org, mavikalem.org

Mavi Kalen, parceiro de *Our Bodies, Ourselves* na Turquia, criou um distintivo com os dizeres “Meu corpo é meu”. Distribuído por e para jovens mulheres, juntamente a um panfleto que esquematiza os direitos fundamentais à saúde e ao bem-estar, ele é parte da campanha que celebra a liberdade sexual e reprodutiva. Essa iniciativa alcançou quase 12 milhões de meninas e mulheres.

De acordo com Mavi Kalem, na Turquia, não existem fontes abrangentes e detalhadas sobre saúde. Esse tipo de informação sobre saúde, quando disponível, é construído com base em ideias culturais conservadoras sobre fertilidade e gestação, além de focar na gravidez, em métodos contraceptivos e em infecções sexualmente transmissíveis. É difícil encontrar uma fonte que analise a saúde e os direitos das meninas e das mulheres de seu próprio ponto de vista. Isso leva muitas delas a buscar informações em canais não oficiais – amigas, parentes mais velhas e mães –, que nem sempre são fontes confiáveis.

Criado após a destruição causada pelo terremoto Marmara, em 1999, o grupo Mavi Kalem é comprometido com a disseminação livre de informação e se vale do poder do voluntariado para realizar mudanças sociais e políticas. A organização leva informações sobre saúde a milhares de meninas, mulheres e homens através de seminários, materiais impressos e discussões em grupo, tanto virtuais quanto presenciais. O site do Mavi Kalem é uma ferramenta única, colaborativa e influente para uma rede de ativistas na região. A organização também publica edições mensais de uma revista gratuita sobre a saúde da

mulher. Esse periódico se chama *Zuhre* e é extremamente popular na Turquia e no Chipre.

Em 2011, o Mavi Kalem publicou uma adaptação de *Our Bodies, Ourselves* intitulada *Bedenlerimiz Biziz*. O livro explora as normas sociais, as leis, as práticas tradicionais e os éditos religiosos que dificultam a busca de meninas e mulheres turcas por seus direitos. As autoras almejam que as leitoras digam: “eu li um livro e ele mudou minha vida”.

ACOMPANHAMENTO MÉDICO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Durante toda a nossa vida, há momentos em que cuidar da nossa saúde reprodutiva e sexual exige a ajuda de uma profissional da área. Muitos dos capítulos deste livro, incluindo o capítulo 11, “Infecções sexualmente transmissíveis”; o capítulo 13, “Aborto”; o capítulo 15, “Gravidez e preparação para o parto”; o capítulo 16, “Trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto”, e o capítulo 24, “Entendendo o sistema de saúde brasileiro”, discutem os tipos de profissionais e suas habilidades específicas, assim como mostram como encontrar uma profissional da saúde e como ter acesso a uma caso você não tenha plano de saúde ou o seu plano não cubra o tratamento necessário. Além disso, o livro também traz o que esperar de uma consulta.

AUTOCUIDADO SEXUAL

Se você estiver sentindo dor vaginal, vulvar ou qualquer outro desconforto durante a atividade sexual, pare e descubra a causa da dor antes de dar continuidade. As relações sexuais podem ser dolorosas se você não estiver completamente excitada, mas a dor pode ser causada por um arranhão ou uma abrasão, assim como por infecções sexualmente transmissíveis e vulvodínia, uma condição de dor crônica na vulva. O prazer deveria ser o principal fator no sexo e está ligado ao ato de ouvir o seu corpo.

QUANDO DEVO PROCURAR PROFISSIONAIS DA SAÚDE?

Na maior parte do tempo, precisamos recorrer a profissionais da saúde quando surge uma necessidade específica: se precisamos de contraceptivos, se estamos grávidas ou se temos algum corrimento vaginal atípico. No entanto, a visita à profissional de saúde também é recomendada caso você tenha alguma queixa sobre sua menstruação ou problemas com seu ciclo menstrual, assim como se estiver sentindo dores ou desconfortos na região pélvica, vaginal ou retal, sangramento vaginal ou, ainda, se observar manchas ou perceber qualquer corrimento atípico.

Também é uma boa ideia ir a consultas regularmente quando você se tornar sexualmente ativa. Considerando que a maior parte das infecções sexualmente transmissíveis (IST) não têm sintomas perceptíveis, é vantajoso que você faça um teste para IST antes e depois de fazer sexo com alguém pela primeira vez, bem como quando for sexualmente ativa com mais de uma pessoa ao mesmo tempo. Essa recomendação também vale para o caso de suspeita ou ciência de que sua parceira ou seu parceiro fizeram sexo com outra pessoa. Ademais, a recomendação é a de que você faça um exame ginecológico quando chegar aos 25 anos, mesmo se ainda não for sexualmente ativa.

Outros motivos para procurar uma profissional da saúde incluem:

- Se você quer começar a tomar contraceptivos ou mudar sua receita.
- Se você pulou três ciclos menstruais ou se eles se tornarem cada vez mais intensos ou irregulares.
- Se você estiver tendo um corrimento genital atípico (perceptível em sua roupa íntima) que dure mais do que alguns dias, que cause coceira ou queimaduras ou que tenha um cheiro desagradável.
- Se você tiver um nódulo no seio.
- Se você apresentar caroço, ferida, inchaço ou vermelhidão na sua área genital.
- Se você tiver dor pélvica ou genital persistente ao menstruar, urinar, fazer sexo ou em geral, como ao se sentar ou andar.
- Se você tiver uma dor suspeita na parte inferior da sua barriga ou na região da área pélvica.
- Se você tiver sangramento vaginal que dure mais de dez dias, sangramento em outros momentos que não durante ou perto de seu ciclo menstrual, assim como no caso de seu fluxo se tornar estranhamente intenso ou leve.
- Se você estiver planejando engravidar.
- Se você descobrir que está grávida.
- Se você estiver tendo um aborto espontâneo.
- Se você tiver problemas, dores ou desconforto pós-parto, depois de um aborto espontâneo ou um aborto provocado.

Tipos de profissionais da saúde

Muitos tipos diferentes de profissionais da área da saúde oferecem cuidados em prol da saúde reprodutiva e sexual da mulher, e isso inclui parteiras obstetrias, enfermeiras especializadas, assistentes médicas e médicas, como pediatras, médicas de família, obstetras/ginecologistas. Algumas de nós recebem acompanhamento de profissionais que se especializam na saúde sexual e reprodutiva da mulher, enquanto outras obtêm acompanhamentos ginecológicos com clínicas gerais ou internistas (especialistas em medicina interna e generalistas).

CUIDADOS NA SAÚDE SEXUAL DE ADOLESCENTES

No Brasil, o Comitê de Direitos da Criança traçou Recomendação Geral nº 4, de 6 de junho de 2003, específica sobre o direito à saúde de adolescentes, que busca garantir direitos a adolescentes (menores de 18 anos) em toda a rede de serviços de saúde pública em todo o território nacional, independentemente da anuência de seus responsáveis. Dessa forma, os e as adolescentes podem buscar orientação e acessar métodos contraceptivos e tratamentos médicos para IST sem o consentimento ou conhecimento dos pais. É importante saber que, apesar de a visita ser confidencial, em casos de plano de saúde, o titular da conta (provavelmente seu pai ou sua mãe) pode receber um aviso sobre serviços prestados pela empresa.

ONDE CONSEGUIR ASSISTÊNCIA MÉDICA

Você pode conseguir a assistência médica necessária em diversos estabelecimentos públicos e/ou privados.

O Brasil possui o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, que garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Esse sistema se apoia nos princípios de equidade, integralidade e universalidade, determinando que saúde é um direito de todos os cidadãos, que devem ser atendidos em todas as suas necessidades de maneira a atenuar as desigualdades.

Os serviços públicos são organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a principal porta de entrada das pessoas usuárias no sistema.

Caso você precise de atendimento, busque conhecer a unidade de referência de seu território. A localização exata, o horário de funcionamento e a área de cobertura podem ser facilmente encontrados em sites oficiais de seu município na internet. Você vai precisar se cadastrar na sua UBS de referência e, lá mesmo, emitir seu Cartão Nacional de Saúde (CNS). A partir disso, poderá agendar sua consulta e discutir com sua equipe de referência sobre os aspectos da saúde que são importantes para você.

Atualmente, o Governo Federal disponibiliza a obtenção do cartão do SUS pela internet, após um cadastro no site do órgão. Com o cadastro feito, a pessoa usuária deve acessar o site meudigisus.saude.gov.br para a emissão do CNS.

O EXAME GINECOLÓGICO

Considerando que muitas consultas relacionadas à nossa saúde sexual e reprodutiva vão incluir um exame ginecológico, este capítulo oferece um panorama do que você pode esperar.



Figura 1 – Profissional da saúde prestes a inserir espéculo durante exame ginecológico. © Wendy Maeda.

O QUE É UM EXAME GINECOLÓGICO?

Uma consulta de rotina ginecológica pode incluir o exame físico dos seios e da pelve. O exame pélvico pode envolver tanto a observação da vulva quanto da vagina e do colo do útero. É realizado com o auxílio de um espéculo, que possibilita a visualização das paredes vaginais e do colo uterino. O exame pode ser feito sem a utilização de perneiras, de modo que você fique com os pés apoiados na maca, em posição confortável. Acompanhar o exame ginecológico com um espelho e tendo a possibilidade de inserir, você mesma, o espéculo pode reduzir o incômodo e, ainda, permitir autoconhecimento.

COMO SE PREPARAR PARA UM EXAME GINECOLÓGICO

A consulta ginecológica pode acontecer em qualquer fase do ciclo menstrual, inclusive quando se está menstruando, por isso não há necessidade de adiar o exame físico durante o período menstrual. Ao se preparar para o exame ginecológico, procure seguir as recomendações a seguir.

Descreva bem os seus sintomas. Se você estiver apresentando algum sintoma, como corrimento vaginal atípico, e desejar discutir isso em consulta, tente reparar nas características que podem ajudar a pessoa profissional de saúde a estabelecer um

diagnóstico, como: tempo de início dos sintomas, características (cor, odor), sensações (coceira, ardor, dor), correlação do início com uma relação sexual desprotegida ou com uso de absorventes descartáveis, uso de produtos de higiene, fatores de melhora e piora (como, por exemplo, a presença de sangue menstrual), sangramento, entre outros fatores que você considerar relevantes. Caso tenha feito uso de medicações caseiras, como ervas e chás, leve anotados os nomes e tire dúvidas em relação ao uso. Faça o mesmo caso tenha usado preparações medicamentosas como pomadas e comprimidos.

Anote suas dúvidas. Você tem dúvidas sobre corrimento, dor, métodos contraceptivos ou qualquer outro fator relacionado à sua saúde sexual e reprodutiva? Durante a consulta, é fácil esquecer de fazer perguntas importantes, então anotar suas dúvidas com antecedência pode ajudar você a se lembrar de todos os assuntos que precisa falar durante a consulta. Caso mantenha anotações sobre seus ciclos menstruais, leve-as com você, principalmente se quiser fazer perguntas para a profissional de saúde que tenham a ver com menstruação e fertilidade.

Leve alguém de confiança. Se você acha que vai se sentir mais confortável, peça a uma amiga, a alguém com quem você se relaciona ou a alguém de sua família que te acompanhe à sala de exame. A profissional de saúde com quem você está se consultando pode pedir que sua ou seu acompanhante deixe a sala em algum momento para que ela possa fazer perguntas pessoais. Entretanto, você pode pedir que a pessoa fique ou que ela volte em seguida. Da mesma forma, se um membro de sua família ou um responsável estiver te acompanhando no exame e você quiser privacidade, é seu direito pedir que essa pessoa saia da sala.

Seus direitos como solicitante de serviços de saúde

Independentemente de onde for se consultar, você deve ser tratada sem julgamentos. Além disso, diálogos sobre sexo devem ser precisos, claros, completos e livres de preconceitos relacionados a sua identidade e orientação sexual ou preferências. Se você tiver dúvidas sobre métodos contraceptivos ou IST, suas perguntas devem ser respondidas de forma direta, sem comentários da profissional sobre o que ela acha apropriado, ou não, nas suas relações sexuais. Você tem o direito de tomar decisões sobre o seu próprio corpo. Ninguém pode te forçar a fazer um exame físico ou qualquer tratamento se você recusar.

Além disso, quando o exame começar, se por algum motivo você não se sentir segura ou se a profissional de saúde agir de maneira bruta, depreciativa, indiferente, você pode interromper o exame no momento em que quiser e deixar a sala. Você não é obrigada a ficar em uma consulta até o fim. Use a palavra “pare” para indicar de maneira clara que você quer que o exame seja interrompido. Se você disser “Ai!” ou chorar, alguns profissionais podem não perceber. Então, dizer “Pare!” em alto e

bom som certamente vai chamar a atenção da pessoa que estiver te atendendo e fará com que ela se lembre de que “não quer dizer não”, mesmo em um consultório.

CHEGANDO À CONSULTA

Quando chegar à clínica ou ao consultório, pode ser que te entreguem uma ficha para preenchimento com informações importantes sobre seu histórico de saúde e quaisquer problemas ou complicações que você possa estar vivendo. Preencha essa ficha da maneira mais completa e honesta possível, pois suas respostas vão ajudar a determinar o tratamento apropriado. As informações que você fornecer e quaisquer resultados de exames serão confidenciais. Caso não seja convidada a preencher uma ficha com seu histórico, informe a profissional de saúde, no momento da consulta, sobre seu histórico de saúde e sobre outras informações que achar pertinentes sobre você.

No Brasil, o DATASUS instituiu a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que, a partir de 2021, deverá estar em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que pretende garantir a proteção e a privacidade dos dados e informações de saúde de todas as pessoas usuárias do SUS (rnnds.saude.gov.br).

Você deve ser notificada sobre as políticas do/da profissional de saúde ou da clínica por escrito. Também será solicitado que você assine formulários referentes à sua privacidade, incluindo a aprovação do repasse de suas informações para algumas entidades e sob quais condições isso pode acontecer.

Durante o atendimento, a profissional de saúde fará uma série de perguntas direcionadas às suas queixas e necessidades de cuidado. Se você estiver fazendo autoexames vaginais regulares ou mantendo registros sobre seu ciclo menstrual, pode informar à pessoa profissional sobre mudanças que tenha percebido ou simplesmente ajudá-la a entender o que é o seu normal. Suas percepções sempre devem ser levadas em conta no atendimento.

Após a anamnese, que é o momento de conversa que antecede o exame físico, você receberá um avental e será deixada sozinha na sala ou no banheiro para que possa se despistar com privacidade. Aproveite esse momento para urinar, pois o exame ginecológico é bem mais confortável se sua bexiga estiver vazia.

Antes de iniciar o exame, avise a pessoa profissional se você se sentir desconfortável por estar sozinha durante esse momento. Você pode solicitar que uma outra profissional de saúde ou que sua ou seu acompanhante fique na sala. Se o profissional for um homem, muitos consultórios farão isso automaticamente.

Fazer um exame ginecológico é uma experiência íntima e invasiva, mas alguns profissionais que fazem esse procedimento diversas vezes podem acabar se esquecendo disso. Se for seu primeiro exame, se você teve uma experiência negativa no passado ou, ainda, se você estiver se sentindo muito ansiosa, forneça essa informação

para a pessoa que estiver fazendo seu exame, mesmo que ela não pergunte. Também não tenha receio de pedir à pessoa que vá mais devagar e que explique o que está sendo realizado passo a passo.

Além disso, antes de começar, a médica ou o médico deve lavar as mãos e colocar luvas.

DURANTE O EXAME GINECOLÓGICO

Caso você apresente queixas relacionadas às mamas, a profissional de saúde provavelmente iniciará o exame físico com o exame clínico das mamas. Isso envolve examinar seus seios em busca de possíveis sinais de câncer de mama ou de outros problemas. Geralmente, a médica ou o médico começará a examinar visualmente os seios, procurando alterações na pele ou nódulos visíveis. Em seguida, usará os dedos para sentir todas as partes do seu peito, procurando caroços ou texturas incomuns, verificando se há aumentos em suas axilas. Sempre que desejar, solicite realizar esse exame de maneira conjunta, palpando, sentindo e visualizando os achados encontrados.

Ao iniciar a fase do exame pélvico, pode ser que você se deite na mesa de exame, mova a parte inferior do seu corpo até o fim da mesa e coloque os pés em perneiras (apoios de pés de metal que ficam em ambos os lados da mesa). Nesse caso, flexione os joelhos, deixe que eles relaxem e se soltem em ambos os lados. Vale ressaltar que muitas de nós nos sentimos vulneráveis e expostas nessa posição, mas, embora uma boa profissional possa fazer com que você se sinta segura posicionada dessa maneira, essa posição não é essencial para uma boa visualização anatômica.

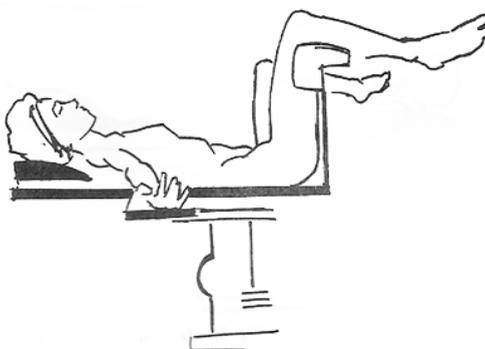


Figura 2 – Posição ginecológica sem perneiras.

Sabemos que o exame físico feito sem as perneiras, apoiando os pés diretamente na maca, não altera a sua qualidade e proporciona muito mais conforto para a usuária. Isso é uma prática considerada benéfica em diversos estudos que avaliam o conforto de pacientes durante o exame físico ginecológico.



Figura 3 – Posição ginecológica com perneiras.

Se a posição com as perneiras for desconfortável para você, não hesite em perguntar se a profissional de saúde pode ajustá-la para essa segunda opção (que, convenhamos, deveria ser a primeira a ser ofertada devido à comodidade proporcionada).

Independentemente do modo como for examinada, se você se sentir desconfortável, pergunte se pode mudar para uma posição que te deixe mais confiante e relaxada.

A profissional examinará sua vulva primeiro, verificando visualmente se a sua anatomia está saudável. Será avaliada a distribuição dos pelos pubianos, o tamanho e a aparência de seu clitóris, assim como a arquitetura dos lábios da vulva e a abertura da vagina. Além disso, a profissional procurará irritações, descolorações, inchaços, dilatações, lesões na pele ou qualquer corrimento vaginal incomum. Caso não seja ofertado e você deseje participar desse momento do exame, solicite um espelho para que você possa acompanhar. É importante ter conhecimento do seu corpo, e o exame pélvico é um momento importante de construção de autonomia e cuidado de si. Se for o caso, leve o seu próprio espelho para a consulta para não perder a oportunidade de se observar e questionar.

Após a visualização das estruturas externas, começará o exame pélvico das estruturas internas (canal vaginal e colo do útero) com o auxílio de um espécúlo. Os espécúlos têm a forma de bico de pato, com tamanho e comprimentos diferentes. Esse material manterá as paredes da vagina separadas para que possam ser examinadas e permite o exame do colo do útero. Se a médica ou o médico for utilizar um espécúlo de metal, pode ser que o aqueça antes de iniciar o exame.

Se você não estiver acostumada ao espécúlo ou a ter algo colocado em sua vagina, a experiência pode ser desconfortável, mas não deve ser dolorosa. Para maior conforto na hora da inserção do dispositivo, ele deve ser lubrificado com um gel próprio para utilização em mucosa vaginal. Além disso, diversos estudos que avaliam fatores associados ao conforto no exame especular revelaram que a autoinserção do espécúlo, ou seja, aquela feita pela própria paciente, pode reduzir muito o desconforto². Se isso não for ofertado na sua consulta e você desejar fazê-lo, peça-o para a profissional responsável pelo exame.

Quando introduzido, o dispositivo pode causar certa pressão na bexiga ou ao redor do reto. Respire fundo e lentamente, relaxando os músculos do estômago, os ombros, os músculos entre as pernas e, principalmente, os músculos vaginais. Não é normal sentir um beliscão e, se sentir dor, reajuste o espéculo ou peça para trocar por um de tamanho diferente.

Histórico médico: o que profissionais da saúde precisam saber

Quando você se consultar com uma médica ou um médico para realizar um exame ginecológico, ela ou ele provavelmente perguntará sobre o seu histórico médico e o da sua família, principalmente se essa for sua primeira consulta. As perguntas provavelmente incluirão:

- Você menstrua?
- Quando foi sua última menstruação?
- Qual é a frequência das suas menstruações?
- Quanto tempo elas duram?
- Você costuma ter sangramentos entre os períodos das suas menstruações?
- Você sente alguma dor, coceira ou corrimento incomum na vagina ou na vulva?
- Você tem outras complicações de saúde?
- Quais complicações de saúde os membros da sua família possuem?
- Atualmente, você é sexualmente ativa?
- Você faz sexo com homens, mulheres ou ambos?
- Você sente alguma dor durante a relação sexual?
- Você tem sangramento após a relação sexual?
- Você usa métodos contraceptivos?
- Você suspeita que está grávida?
- Você está tentando engravidar?
- O que você faz para prevenir IST?
- Você deseja fazer o teste de IST?

Você também pode ser questionada sobre o consumo de álcool ou drogas, assim como sobre quais medicamentos você toma (prescritos ou por conta própria), alergias, doenças, gestações anteriores, problemas para urinar, riscos de infecção, se é fumante, se já fez alguma cirurgia, além de questões envolvendo seu estilo de vida, como hábitos alimentares, estresse e sono. Você também pode fazer perguntas. Entre os temas sobre os quais você poderá ter perguntas, estão:

- métodos contraceptivos,
- sangramentos após a relação sexual,
- fluxos de menstruação mais intensos do que o normal,
- dor pélvica ou dor durante a relação sexual,

- testes de gravidez,
- testes de IST,
- odores desagradáveis na vagina,
- corrimento vaginal,
- dúvidas ou preocupações sobre sexualidade, entre outros.

O exame pélvico pode afetar minha virgindade?

A resposta mais direta é: não. Se você era virgem antes do exame pélvico, continuará sendo depois. A virgindade não é uma condição médica ou física. Ela é definida de diversas formas por pessoas diferentes, mas, na maioria das vezes, refere-se a uma pessoa que teve relações sexuais com a penetração de um pênis em uma vagina. Algumas pessoas definem a virgindade com base no estado do hímen, uma membrana fina e flexível localizada na entrada da vagina. No entanto, os hímens podem se romper e se esticar durante exercícios, masturbação, com o uso de absorventes internos ou qualquer forma de penetração vaginal, ou seja, a observação do hímen não é suficiente para provar que uma pessoa teve ou não teve relações sexuais.

A médica ou o médico poderá descrever o exame passo a passo. Se você quiser saber mais sobre o que está acontecendo, pergunte. Da mesma forma, se achar melhor não ouvir, peça para não ser informada sobre os procedimentos. Algumas pessoas profissionais têm um espelho de mão, na parede ou no foco de luz disponível, caso você queira assistir ao exame para aprender mais e para ver como é o seu corpo – observando, externamente, vulva e clitóris e, internamente, vagina e colo do útero. Para isso, peça ajuda para posicionar o espelho e a fonte de luz. Se você quiser fazer o exame sozinha no futuro, essa é uma ótima oportunidade para perguntar sobre como você pode fazer isso e o que procurar.

Quando o espécúlo estiver encaixado, as paredes da vagina serão examinadas e se verificará se no seu colo do útero há sinais de infecção ou lesões. Um exame de Papanicolau pode ser feito para verificar se há células cervicais anormais (veja a seguir). Às vezes também é feito um esfregaço da secreção vaginal para testar infecções vaginais ou alguns tipos de infecções sexualmente transmissíveis. O espécúlo será fechado e removido ao final do exame pélvico.

Exame bimanual

Às vezes há necessidade de se avaliar os órgãos mais internos, isto é, útero e ovários. Se for o caso, será realizado o exame bimanual: depois de retirar o espécúlo, a pessoa profissional, com luvas nas mãos, inserirá um ou dois dedos na sua vagina

enquanto pressiona o seu abdômen inferior com a outra mão. Sua médica procurará por quaisquer crescimentos incomuns ou áreas sensíveis. A pressão feita no útero geralmente é indolor, mas a pressão nos ovários pode causar desconforto. Os ovários podem ser mais difíceis de encontrar e, às vezes, a pontada que você sente é a única maneira pela qual a pessoa profissional vai saber que está tocando neles. O exame bimanual é mais confortável e preciso se você conseguir relaxar o pescoço, o abdômen e os músculos das costas, mantendo seus braços ao lado do corpo. Respirar devagar e profundamente, exalando completamente, também pode ajudar.

Exame de Papanicolau

O exame de Papanicolau, também chamado de colpocitologia oncótica/exame preventivo, verifica alterações nas células cervicais, que podem sinalizar possíveis problemas de saúde, incluindo o papilomavírus humano (HPV), uma infecção sexualmente transmissível comum, e o câncer de colo de útero. Isso é feito durante um exame pélvico (aquele com o espéculo para visualizar o colo do útero) com uma espátula pequena e um dispositivo que se parece com um cotonete longo com uma pequena escova de limpeza na extremidade que são suavemente passados no colo uterino. Esse esfregaço pode ser um pouco desconfortável, como uma sensação de câibra, escovação leve ou raspagem, mas geralmente é indolor.

As mulheres devem fazer seu primeiro exame de Papanicolau aos 25 anos³. Esse exame é anual aos 25 e 26 anos, e após dois resultados normais, poderá ser realizado de três em três anos, até os 64 anos. Vale notar que:

- Mulheres que fizeram histerectomia por razões não cancerosas não precisam de um exame de Papanicolau, a menos que tenham mantido o colo do útero.
- Mulheres com mais de 60 anos não precisam fazer o exame de Papanicolau.
- Mulheres que foram vacinadas contra o HPV ainda precisam fazer o teste de Papanicolau, porque as vacinas não protegem contra todos os tipos de HPV associados ao câncer de colo de útero.

Se você tiver um resultado anormal do Papanicolau, deve conversar com a profissional sobre quando deve repetir o teste, pois a recomendação médica e as possibilidades de escolha dependerão da sua situação específica. Para mais informações, acesse as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do útero de 2016, sua versão mais atualizada⁴.

Exame rectovaginal

Às vezes, o exame rectovaginal faz parte do exame pélvico. Nesse caso, a profissional inserirá um dedo no reto e outro na vagina para avaliar seus órgãos pélvicos internos por um ângulo diferente. Isso permite que a profissional sinta a parte de trás do útero, facilitando o exame do útero e dos ovários em mulheres com o útero

inclinado (retrovertido). Esse procedimento também ajuda a detectar lesões no reto e testa o tônus do músculo do esfíncter anal.

Algumas mulheres acham o exame rectovaginal desagradável, outras não se importam em fazê-lo. Você pode sentir como se estivesse evacuando à medida que a profissional retirar o dedo do seu reto. Não se preocupe, pois isso não vai acontecer, embora algumas vezes possa ocorrer um pouco de vazamento de fezes. O exame retal é geralmente a última parte do exame.

CONVERSANDO COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

Se você optou por um método anticoncepcional que não tenha sido prescrito anteriormente ou que ainda não tenha sido inserido ou se quiser se informar sobre vacinas, a médica ou o médico explicará suas adversidades e oferecerá conselhos gerais de saúde no consultório. Também será discutido o que foi encontrado ao te examinar se for o caso.

Porém, os resultados de muitos exames, como o Papanicolau e os testes de IST, não saem imediatamente após a sua realização. Se você fez algum teste, a profissional deverá informar como você poderá saber os resultados: às vezes, acessando um site de laboratório na internet (em consultas particulares) ou solicitando na recepção da UBS (na maioria das consultas no SUS). Quando você se apresentar à recepção antes do início da consulta, poderá informar, caso esteja preocupada, o nome e contato de alguém de sua confiança que poderá ver ou ouvir as mensagens da clínica se for necessário entrar em contato com você.

É esperado que sua experiência durante a consulta seja positiva. Contudo, se você sentir que suas dúvidas não foram respondidas ou que a profissional foi indiferente ou não respondeu suas perguntas nem abordou suas preocupações, peça a suas amigas ou familiares recomendações de outras profissionais. Considere, também, enviar um e-mail ou uma carta para a profissional descrevendo suas observações ou preocupações – às vezes, as médicas precisam receber os relatos de suas pacientes para melhorar sua prática.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Algumas de nós possuem necessidades físicas específicas que tornam o exame ginecológico um desafio. Há profissionais da saúde que estão comprometidas em atender todos os tipos de pessoas, mas outras não são tão educadas ou sensíveis. Assim, pode ser necessário explicar as inclusões ou adaptações necessárias nos exames, já que também temos o direito ao cuidado.

É muito comum presumir que o sexo não é importante para aquelas de nós com deficiências ou doenças crônicas. Nesses casos, a profissional pode não conversar

sobre sexualidade, métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis a menos que você trate desses tópicos. Nesse momento, ir a uma profissional que tenha experiência com pessoas com condições similares às suas pode ser de grande ajuda.

Se no seu caso a locomoção pelo consultório médico, os ajustes físicos necessários para os testes ou os atos de subir e descer da mesa de exame requerem um tempo extra, ligue para o consultório ou clínica e cheque a disponibilidade de solicitar uma consulta prolongada.

Infelizmente, muitas profissionais às vezes ignoram os desconfortos físicos de pessoas com deficiência ao presumir que qualquer problema ginecológico esteja relacionado às deficiências. Além disso, elas podem se dirigir à pessoa intérprete ou acompanhante, se houver uma presente, em vez de conversar diretamente com você. No entanto, essas pessoas não são nossas substitutas. Profissionais de saúde sensíveis à causa se comunicam conosco diretamente, mantendo contato visual e garantindo que nossas perguntas sejam respondidas.

Em qualquer situação de cuidados com a saúde, você deve ser tratada com respeito e paciência, principalmente se precisa de ajuda com a comunicação. Toda a sua saúde precisa de atenção, não apenas os problemas de saúde pertinentes às deficiências ou doenças. Ademais, adaptações às suas necessidades pessoais devem ser feitas e, caso a profissional não consiga fazê-las, independentemente do motivo, você deve ser encaminhada a alguém que consiga. Para mais informações sobre como obter bons cuidados com sua saúde sexual e reprodutiva, se você for uma pessoa com deficiência, consulte a internet sobre diversidade e adversidade na deficiência e acesse o Coletivo Feminista Helen Keller, que pauta a intersecção entre gênero e deficiência na construção de uma agenda política. Leia também o guia “Mulheres com deficiência: garantia de direitos para exercício da cidadania”⁵, publicado por este coletivo.

Vale lembrar que o Brasil possui o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que é a denominação da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Essa lei garante os direitos das pessoas com deficiência e impõe penalidades a quem infringi-la.

Se você não está confiante quanto à competência ou ao preparo da médica ou do médico para recebê-la, faça perguntas ao marcar uma consulta ou considere visitar o consultório e se encontrar com a profissional pessoalmente antes do exame. Entre em contato também com grupos que defendem suas necessidades específicas – alguns podem manter listas formais ou informais de profissionais de saúde recomendadas. Além disso, você pode pedir referências para amigas e procurar críticas na internet.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Muitas mulheres que sofreram violência sexual consideram o exame pélvico, assim como outros tipos de contato genital, difícil. Você pode sentir como se não tivesse controle da situação e algumas etapas do exame podem desencadear gatilhos e memórias do abuso sexual ou estupro. Você não precisa contar que foi vítima de uma violência se não quiser, mas essa abertura pode fazer com que a médica ou o médico entenda seus medos e tome mais cuidado para que você se sinta confortável e segura.

COMPARTILHE SUAS PREOCUPAÇÕES

Algumas pessoas com alergias alimentares sempre têm uma lista à mão quando vão a restaurantes para evitar confusões sobre o que podem ou não podem comer. Nesse sentido, você pode criar um documento para compartilhar suas necessidades quando for a uma nova profissional – pedindo, por exemplo, que ela fale devagar e claramente, que registre por escrito tudo o que foi feito durante o exame, que evite usar linguagem ou palavras que te deixam desconfortável e que utilize as que você preferir. Além disso, mostrar à profissional uma lista de medicamentos aos quais você é alérgica, bem como informar quais medicamentos você toma (e sua dosagem), pode tornar seus cuidados de saúde mais seguros.

Se participar mais ativamente do exame físico te ajuda a relaxar, peça à profissional que ajuste a mesa ou os travesseiros sob sua cabeça para que você possa ter uma melhor visão do que está acontecendo. Você também pode pedir para ser informada com antecedência sobre cada passo do exame. Ademais, avise a profissional ou a equipe médica caso determinadas expressões ou posicionamentos de pessoas perto de você possam desencadear mal-estar. Se você estiver sendo examinada após uma violência sexual, a profissional deverá usar palavras que reflitam a situação que você passou, não utilizando palavras como “sexo” ou “atividade sexual” para descrever a agressão. Para mais informações, veja o capítulo 25, “Violência contra as mulheres no Brasil”.

TAMANHO E PESO

Ao marcar sua consulta, garanta que o consultório compreende suas necessidades e que vai tratá-la com respeito. Se você pesa mais de 115 kg, avise à equipe, pois nem todas as clínicas possuem mesas, balanças, aventais ou equipamentos para acomodar mulheres maiores. Ademais, caso alguma ou algum profissional diga que certo procedimento não pode ser feito por causa do seu tamanho, isso geralmente significa que ela ou ele não teve treinamento para fornecer assistência à saúde sexual de toda e qualquer mulher.

Preconceitos gordofóbicos explícitos ou sutis também são comuns. Então, esteja atenta a profissionais que atribuem todos os sintomas e problemas ao fato de você ser gorda, menosprezando a escuta empática e acolhedora e direcionando a consulta para

te culpabilizar, constranger e falar do seu peso como um problema de saúde, mesmo que sua queixa não tenha qualquer relação com seu peso.

LÉSBICAS, BISEXUAIS OU TRANSEXUAIS

Nós que somos lésbicas, bissexuais ou transexuais podemos descobrir que muitas profissionais fazem suposições sobre nós que vão desde riscos a ter infecções sexualmente transmissíveis à necessidade de contracepção.

Algumas profissionais ou equipes médicas que não trabalham regularmente com a comunidade LGBTQ+ podem adotar um roteiro de consulta heterossexual normativo de gênero (o que significa que assumem que todas as mulheres sentem atração por homens e que, se você tem uma vagina, se identifica como mulher). Se isso acontecer, lembre-as de quem você é e de quais assuntos são relevantes e apropriados para você⁷. Identifique-se para a recepção informando como quer ser chamada. Em 2006, o SUS introduziu, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, o direito ao uso do nome social, pelo qual travestis e transexuais se identificam e escolhem ser chamadas(os) socialmente – e não apenas nos serviços especializados que já as(os) acolhem, mas em qualquer outro serviço da rede pública de saúde⁸. Portanto, pessoas transexuais e travestis devem ser chamadas pelo nome social, aquele com o qual se identificam, independentemente de alterações nos seus documentos – e isso é um direito dentro do SUS, de instituições públicas e privadas. Esse nome deve constar em todos os registros do serviço de saúde, como cartão do SUS, documentos, receitas e quaisquer formulários utilizados com a garantia de que a pessoa não seja constrangida ao ter seu nome social confrontado com o nome de registro civil. Mais informações sobre este assunto estão no capítulo 4, “Identidade de gênero e orientação sexual”.

Uso do nome social: um direito

O SUS garante o uso do nome social através da Portaria nº 1.820/2009, no quarto capítulo da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, com direito ao respeito ao nome social e à identidade de gênero:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I – Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social,

independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.

NOTAS

1. “Turkey: Mavi Kalem”, OBOS. Disponível em: <https://www.ourbodiesourselves.org/global-projects/turkey-mavi-kalem/>
2. Deborah Wright, Jennifer, Pam e Leanne Monterosso, “Speculum ‘self-insertion’: a pilot study” [Auto-inserção de espéculo: estudo piloto]. *J Clin Nurs*, v. 14, n. 9, p. 1098-111, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16164528/>
3. “Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero”. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf
4. *Ibidem*.
5. Coletivo Feminista Hellen Keller, “Mulheres com deficiência: garantia de direitos para exercício da cidadania”, 2020. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPID/publicacoes/12359_guia_feminista_helen_keller_mulheres_com_deficiencia_.pdf
6. *Conheça a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cuidado_pessoa_com_deficiencia.pdf
7. Linda Wesp, “Transgender patients and the physical examination” [Pacientes trans e o exame físico], *UCSF Transgender Care*, 17 de junho de 2016. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
8. Bruna Benvides, “Como Acessar o SUS para Questões de Transição?”. *Associação Nacional de Travestis e Transexuais*, 27 de junho de 2020. Disponível em: <https://antrabrazil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>

CAPÍTULO 3

IMAGEM CORPORAL

PARA MENINAS e mulheres, a vida às vezes parece um concurso de beleza. Em cada fase da vida, nossa aparência é julgada, criticada e comparada com a de nossas amigas e irmãs, até mesmo com a de celebridades, e também com ideais imaginários. Ninguém nos pergunta se queremos participar desse concurso sem fim, pois ser mulher nos obriga a concorrer e a estar sujeitas a avaliação constante.

Experiências individuais também afetam o modo como nos sentimos em relação a nossos corpos. Aquelas de nós que enfrentaram violência ou abuso podem se sentir inseguras ou indignas. Se fomos ridicularizadas por causa de nosso peso, cor da nossa pele ou deficiência, podemos passar a detestar, a duvidar de nossos corpos ou até mesmo a desprezá-los. A resposta a tais experiências dolorosas pode ser a busca pelo que consideramos ser um corpo “perfeito” por meio de dietas restritivas ou exercícios intensos, compra de produtos cosméticos caros ou realização de procedimentos cirúrgicos para mudar nossa aparência – tudo com a esperança de que todo esse esforço nos proteja da discriminação ou nos conduza ao sucesso e ao amor verdadeiro. Outras vezes, tratamos nossos corpos como se tivessem pouco valor e, então, nos prejudicamos ao comer compulsiva ou insuficientemente.

Querer sentir-se bem com o corpo e com a aparência é normal. Criar um estilo próprio permite que nos expressemos e reflitamos sobre nossa criatividade e nossos valores. No entanto, há questões com as quais a maioria de nós se debate, como, por exemplo: como alimentar uma imagem positiva do corpo enquanto estamos sendo julgadas? Como lidar com a pressão para agir e parecer atraente, a fim de nos encaixarmos socialmente? Como mudar um sistema que marginaliza muitas de nós e valoriza a aparência acima de tudo?

Embora haja muitas coisas que nos dividem como mulheres, a insatisfação com a aparência e o corpo é algo que muitas de nós partilhamos. Este capítulo analisa como as forças culturais nos incentivaram a não gostar de nossos corpos e como cada mulher pode aprender a se sentir mais confortável na própria pele.

O CONTINUUM DAS CRÍTICAS

Desde jovens, vemos adolescentes e mulheres adultas passarem por transformações diárias, cacheando ou alisando o cabelo, vestindo roupas e sapatos pouco confortáveis para alcançar o visual certo e criticando o próprio peso. Para onde quer que se olhe, há modelos retocados e produtos prometendo melhorar nossa aparência. Muitas vezes, nossa imagem nas mídias sociais é tratada com efeitos e filtros. Assim, internalizamos a mensagem de que, como mulheres, seremos definidas pela nossa aparência e não por nosso caráter, inteligência ou realizações. As expectativas são ainda maiores agora que a cirurgia cosmética, o uso de Botox e outras opções de mudança estética têm se popularizado. Não só devemos investir tempo, dinheiro e esforço que forem necessários para ficarmos “perfeitas”, mas devemos fazê-lo dando a entender que a perfeição vem naturalmente, sem nenhum esforço.

Essa pressão é sentida desde a juventude e se estende até quase o fim de nossas vidas. Meninas que ainda estão em idade escolar são muito críticas com elas mesmas e com suas colegas. Tendem, ainda, a se vestir e a usar o cabelo seguindo um mesmo padrão, sem ressaltar sua diversidade. Aquelas que se indagam o tempo todo sobre quem é bonita o suficiente para atrair elogios e atenção, muitas vezes, desenvolvem distúrbios alimentares. “Acho que, hoje, o grau de desespero de mulheres adultas em relação a seus corpos é inigualável”, disse Margo Maine, coautora do livro *The Body Myth: Adult Women and the Pressure to be Perfect* (O mito dos corpos: mulheres adultas e a pressão para ser perfeita) ao *The New York Times*. Ao que parece, a todo momento somos julgadas por nós mesmas ou por outras pessoas.

As pressões que enfrentamos têm consequências sociais e financeiras. Estudos recentes mostram que mulheres magras ganham mais. Segundo um estudo publicado pelo site *Aol Healthy Living* com cerca de 24 mil homens e mulheres, as mulheres mais magras ganham cerca de 9 a 22 mil dólares a mais quando comparadas às colegas que mantêm um peso médio. No caso masculino, é o inverso. Esse estudo foi divulgado na mídia brasileira, mas não houve uma pesquisa similar no Brasil¹. Outro estudo descobriu que 57% dos gestores encarregados das contratações concordam que mulheres qualificadas, mas pouco atraentes, possivelmente terão mais dificuldades de conseguir um emprego e 61% dos gestores (em sua maioria homens) disseram que seria vantajoso para uma mulher vestir roupas que ressaltam suas curvas.

Muitos setores e vários profissionais da área médica estão prontos para nos ajudar a gastar tempo e dinheiro tentando alcançar um ideal de beleza inatingível. As indústrias de alimentos, cosméticos e moda exploram de maneira exímia a mensagem de que, para serem valorizadas, as mulheres devem fazer e gastar mais para “melhorar” a aparência ou encaixar-se em padrões preestabelecidos. Através de incessantes artigos e anúncios, a mídia reforça essa mensagem apelando para as nossas inseguranças

ou criando novas. Os títulos abundam: “O que ele realmente pensa quando te vê pelada?”, “As dez áreas mais problemáticas que você nem percebe no seu corpo”, entre outros absurdos.

A fantasia de que podemos nos transformar muitas vezes não nos permite entender que uma mulher com 1,60 de altura e 70 kg nunca será uma supermodelo de 1,80 de altura e 50 kg. Na verdade, nem as supermodelos conseguem atingir essas medidas sem a intervenção de programas de edição de imagem. Enquanto a maior parte da publicidade for paga pelas indústrias de moda, beleza e dietas, esses anúncios e matérias que nos incentivam a fazer isso ou aquilo para “melhorar” nossa imagem não cessarão.

PERCEPÇÃO E PERFORMANCE

Não introjetamos (interiorizamos) apenas os anúncios publicitários. Atualmente, as redes sociais fazem parte da nossa vida e, através delas, cada vez mais, a percepção e a performance da identidade estão presentes – não estão mais reservadas para quando nos sentamos diante da TV, pegamos uma revista, vamos ao trabalho ou a uma festa. Muitos *nudes* são enviados pelas mídias sociais, como Instagram, Facebook, WhatsApp, ou por e-mail – 15% dos adolescentes estadunidenses entre 12 e 17 anos afirmam já ter recebido fotos ou vídeos sexualmente sugestivos ou fotos de nus de pessoa conhecida por mensagem. O fenômeno de enviar fotos sensuais com insinuações ou mensagens eróticas pelo celular ou internet para outra pessoa é chamado de *sexting*. A ONG SaferNet é referência mundial no enfrentamento aos crimes e violações aos direitos humanos na internet. Essa ONG oferece um site em português com orientação e esclarecimento de dúvidas para crianças, adolescentes e/ou responsáveis que vivenciaram situações de violência on-line, como humilhação, intimidação, chantagem, tentativa de violência sexual ou exposição forçada em fotos ou filmes sensuais. A SaferNet já atendeu e orientou mais de 32 mil casos no Brasil – desses, quase 9 mil foram com crianças e adolescentes, e mais de 2.300 com pais e educadores².

Estamos definindo e redefinindo a nossa imagem ou assistindo às outras pessoas fazendo isso minuto a minuto. A facilidade e o acesso a ferramentas digitais que alteram imagens, com o uso do Photoshop e os filtros do Instagram, refletem o poder e a pressão dos meios comerciais, a partir das nossas próprias mãos. Muitas de nós já fomos sujeitas a julgamento ou discriminação por parte de familiares, amigos e chefes por conta da nossa aparência. Sejam sutis ou diretas, certas observações podem nos marcar para sempre. Uma jovem de 23 anos pergunta: “Como você consegue se amar quando sua tia te dava abobrinha cozida por uma semana porque você estava gorda?”.

A percepção da imagem corporal para aquelas de nós que são lésbicas é ainda mais complicada. Mulheres que escolhem características visuais mais masculinas ou

sem gênero determinado podem se sentir pressionadas a ser mais femininas. Padrões de aparência dentro da comunidade lésbica, algumas vezes, estão menos ligados aos modelos de beleza tradicionais e aceitam maior diversidade. Mulheres trans experimentam muitas das mesmas pressões que todas as mulheres enfrentam, mas essa pressão pode ser até maior em decorrência do desejo de ser percebida como mulher. Temos que ampliar as vozes para sensibilizar a sociedade a respeito das dificuldades que as pessoas enfrentam no que tange à aceitação de sua imagem e seu corpo.

A COR DA BELEZA

Frequentemente, o ideal de beleza abraçado pela nossa cultura é um ideal branco (e ainda bem específico). No Brasil, o racismo é pautado de acordo com as características físicas das pessoas, isto é, cabelo, traços faciais, formas corporais e cor da pele³.

Hoje, em vários lugares do mundo, muitas mulheres negras aplicam cremes altamente tóxicos para clarear, iluminar ou para uniformizar a pele. Alguns desses cremes contêm mercúrio, uma toxina conhecida que bloqueia a melanina que dá pigmentação à pele. Anunciantes estão usando as redes sociais para estimular o embranquecimento virtual da pele. A empresa de cosméticos Vaseline lançou um aplicativo de clareamento de pele para o Facebook na Índia, incentivando os usuários a clarear sua pele nas fotos de perfil. De acordo com um representante da empresa de publicidade global que projetou a campanha, a resposta ao aplicativo tem sido “fenomenal”.

A preferência pela pele mais clara é corroborada quando uma mulher negra ou de outras etnias aparece em anúncios ou em capas de revistas com a pele digitalmente clareada. A revista *Elle* foi fortemente atacada pelo clareamento exagerado das modelos que foram capa de revista, como Aishwarya Rai, estrela do cinema indiano, e Gabourey Sidibe, atriz indicada ao Oscar. Embora a L'Oréal Paris, a maior fabricante de cosméticos do mundo, cuja linha de produtos inclui cremes de clareamento de pele, tenha negado alterar digitalmente as características de Beyoncé ou seu tom de pele em uma campanha de tintura para cabelo, o tom de pele da cantora estava bem diferente. O uso de cremes para branquear a pele não é um hábito no Brasil, mas o uso de tecnologias digitais de clareamento é uma prática comum no país, inclusive com a ampla oferta de tutoriais para aplicação de filtros nas mídias sociais.

Em tradução: Clareamento da pele

Grupo: *Groupe de Recherche sur les Femmes et les Lois au Sénégal* – GREFELS (Grupo de pesquisa sobre mulheres e o direito no Senegal)

País: Senegal

Fonte: *Notre Corps, Notre Santé* (em tradução, Nosso corpo, nossa saúde) inspirado em *Our Bodies, Ourselves* para a África francófona

Website: grefels.org

O uso de cosméticos para branquear ou clarear a pele é uma questão crescente em todo o mundo, com produtos fortemente comercializados na África, no sul da Ásia, bem como no Japão e em alguns países do Caribe. A pele mais clara não é apenas retratada como um ideal de beleza, mas também é associada a um *status* econômico e social mais elevado.

Em países como a Tanzânia, a indústria de clareamento de pele vale milhões. Os cremes custam em torno de quatro a dez dólares cada, uma alta quantia de dinheiro em um país onde o salário médio diário é inferior a um dólar. Os produtos são perigosos e caros.

Nosso parceiro no Senegal, o GREFELS observou que muitas mulheres africanas clareiam a pele apesar de saberem dos riscos dessa prática à saúde. Em *Our Bodies, Ourselves* para a África francófona, o GREFELS desafia explicitamente as práticas de clareamento da pele, chamando atenção especial para a possibilidade de câncer em decorrência de práticas de branqueamento da pele.

No prefácio da edição francesa de *Our Bodies, Ourselves*, as autoras salientam que o livro visa fornecer às mulheres africanas conhecimento para cuidar de seus corpos e valorizá-los. Elas escrevem: “Uma parte importante do livro é sobre como homens e mulheres veem o corpo feminino, sua saúde, sua sexualidade e sobre como esses corpos de mulheres são usados, cuidados, vestidos e/ou violados”.

Enquanto alguns países estão tentando minimizar as práticas de branqueamento de pele ao proibir a venda de certos produtos, o GREFELS acredita que uma crítica mais profunda acerca da infinidade de fatores que afetam a saúde e a identidade de mulheres e meninas na sociedade africana é imperativa e já deveria ter sido feita há muito tempo.

A PELE COR DA NOITE

Entre meus 14 e 15 anos, estudava em um colégio particular em um bairro do subúrbio do Rio de Janeiro. Mesmo tendo muitos amigos, eu era constantemente ridicularizada, atacada e humilhada. Meus colegas raramente nomeavam os motivos dos ataques, que eram direcionados à minha aparência física e à minha condição socioeconômica, inferior à dos demais. Morcego, macaca e vaca preta eram alguns dos muitos apelidos que recebi. Junto às ofensas, os meninos, que eram todos brancos, diziam abertamente que eu era o tipo de garota com quem eles até ficariam; contudo, namorar ou apresentar para família era uma impossibilidade. Eu me sentia inadequada para ser amada e com uma enorme dificuldade de amar a mim mesma. Ainda hoje é difícil estar em uma posição combativa frente às violações que sofremos por sermos mulheres negras. Os traumas dessas violações deixam marcas profundas em quem nós somos, e também por isso mulheres negras estão constantemente buscando encaixar-se em um padrão estético em que não estamos incluídas. Espremidas entre os estereótipos do exótico e da objetificação, para se sentirem aceitas, mulheres negras agridem o próprio corpo. Hoje, percebo que, ao negar minha imagem e tudo o que ela diz, acabava por negar a mim mesma.

Nesse mesmo espaço também tive contato com uma produção artística que exaltava a beleza da mulher de pele negra. No disco “Nada como um Dia após o Outro Dia” (2002), da banda de rap Racionais MC’s, a música “Da ponte pra cá”. Ainda hoje me lembro de ouvir os versos: “A mulher mais linda, sensual e atraente; Da pele cor da noite, lisa e reluzente”. Essa música foi meu primeiro passo para entender que beleza é onde eu repouso meus olhos para me nutrir do que há de bom e ser feliz; hoje, quando meus olhos descansam sobre o que é belo, vejo rainhas e reis africanos.

Dandara, psicóloga, Rio de Janeiro

CRESPA E ORGULHOSA

Relaxante de cabelo, extensão capilar e perucas comercializadas para mulheres afrodescendentes, entre outros, podem apresentar muitos perigos, desde a perda de cabelo a danos permanentes por queimadura. Muitos produtos podem conter quantidades significativas de carcinogênicos e alergênicos, como o formaldeído. A escolha de usar o cabelo “natural”, para muitas, poderia ser uma solução simples, mas não o é. Isso é uma prova dos ideais de beleza branca enraizados em nós que fazem com que essa escolha seja permeada por ansiedade. Cabelo comprido e relaxado é considerado profissional; usar o cabelo trançado, não. As mulheres negras são promovidas com menos frequência e são demitidas de empregos (por vezes, nem mesmo contratadas) por usarem estilos étnicos.

Entendendo este cenário, consegue imaginar o que acontece quando uma menina negra cresce consciente de que seu cabelo crespo é lindo e ela deve sempre se orgulhar dele? Eu cresci assim, digo que é possível, e REVOLUÇÃO é a resposta. Geralmente, crescer numa sociedade racista que cria imagens de controle negativas sobre a mulher negra não apenas pela sua cor, mas também pelo aspecto de seu cabelo natural, é ter que lutar desde muito cedo pela ruptura de diversos padrões ou ser aprisionada por todos eles. Mas, quando temos a oportunidade de crescer reconhecendo que o cabelo crespo é lindo, a história muda e é possível que, desde cedo, meninas negras possam existir para além da luta ou do sofrimento e conviver de forma libertadora com suas coroas naturais. Minha mãe me ensinou assim e meu compromisso é fazer afirmação positiva para criar imagens dignas de orgulho para todas que virão depois de mim. Sabemos que casos como o meu infelizmente são histórias de exceção, então é importante evidenciar e reconhecer a importância da presença da jornalista Maria Júlia (Maju) Coutinho em um canal de TV aberta para a construção de imagens positivas sobre mulheres e meninas negras no Brasil. Recentemente, um vídeo em que Maria Alice, uma menina negra de três anos, se identifica com Maju e dispara “O CABELO É IGUAL AO MEU!” viralizou na internet⁴. E é só a partir de uma educação descolonizadora para todos, desde o começo da vida, que poderemos ser, em todos os espaços e cada vez em maior número, mulheres negras, crespas e muito orgulhosas

Thais, 31 anos, ativista social e especialista em primeira infância, Rio de Janeiro

Nosso cabelo nos reflete

O poder maravilhoso do cabelo que muda, cresce, evolui e cai para dar lugar para outro, assim como a vida. Ele pode significar muitas coisas, como estilo, refúgio e moldura. O mais importante é que você pode fazer o que quiser com ele e deixar ser como quiser. Aprenda a amar suas madeixas para ter uma boa relação com ele e com você mesma. Muitas vezes, quando mudamos nossa maneira de agir ou pensar, passamos a não nos reconhecer mais na imagem que estamos externalizando. É aí que chega a hora de transformar seu visual de novo. Cortar o cabelo é se libertar, mostrar sua força e se encontrar lá no fundo para que sua imagem reflita quem você é, quem você quer ser e onde quer chegar. Uma mulher possível, dona da sua vida, que se conhece e se expressa com a sua imagem. É isso que somos e é isso que queremos ser! O natural é sinal de liberdade, sua e dos seus cachos. É símbolo de aceitação, de luta e uma forte representação histórica. É lindo assumir quem você é, se empoderar e ser

você da cabeça aos pés. E só você pode determinar o que vai fazer com ele. É você quem deve decidir o comprimento que ele vai ter, a forma como vai usar e a cor que quer ter. Não leve em conta a opinião das outras pessoas. O seu cabelo tem que fazer VOCÊ feliz!

A condição do feminino que sempre nos foi atribuída; o cabelo, por muito tempo, foi e ainda pode ser uma prisão muito grande para nós, mulheres, tendo que atender a essa expectativa do que é feminino, do que é vaidade feminina. Se você usa o seu cabelo natural, ou se você não seca, ou se não escova, ou se não arruma, você não tem vaidade, você não é uma mulher vaidosa, você é desleixada. E também quando você não atende ao que é considerado feminino em um cabelo – e hoje o estilo vigente do feminino é o cabelo comprido, com ondulações, loiro –, se não atende a esse estereótipo, você não é nem considerada uma mulher. E ao mesmo tempo que ele pode nos prender, quando a gente escolhe inconscientemente ou conscientemente esse tipo de beleza que é comercializado, ele nos aprisiona. Só que, a partir do momento que você consegue ver que a forma como a gente lida com o cabelo também é uma representação de como a gente lida com as coisas da vida, tem a coragem, a audácia – acho que audácia é uma boa palavra para esse movimento – de você fazer o que o seu coração deseja, de se tornar a mulher visualmente que você quer ser ou que você já é. O cabelo vem marcando e fazendo uma cisão gigantesca na nossa identidade e provendo o nascimento dessa nova mulher, porque o cabelo tem a capacidade de fazer isso na nossa vida, de provocar uma transformação tão gigantesca na nossa imagem que é como se – e na verdade é – as nossas atitudes mudassem, a nossa visão para com a gente, o nosso comportamento, mudassem completamente. Então é a gente que escolhe qual é o lugar que o nosso cabelo vai ocupar, se é o da prisão ou se é o da liberdade. Mas para que essa liberdade aconteça, a gente já tem que estar consciente de que nós nascemos livres, e é por isso que nós temos que lutar contra tudo e todos que querem nos colocar nesse local de patriarcado de merda.

Luisa, 35 anos, visagista, Paraná, @cabeloshairpeluqueria

COLORISMO, MULHERES NEGRAS E REPRESENTAÇÕES ATUAIS

O colorismo é uma forma evidente de discriminação segundo a qual tons de pele mais claros proporcionam um tratamento social especial a um grupo de pessoas em detrimento de outro. O colorismo está tão enraizado na sociedade que existem estudos comprovando que pessoas negras com tonalidade de pele mais clara possuem renda maior e recebem tratamento diferenciado em ambientes escolares. Reportagens mostram que, no ambiente corporativo, elas são contratadas e promovidas com mais facilidade e, sobretudo no caso das mulheres, atuam em mais produções

cinematográficas hollywoodianas e até são assassinadas com menos frequência do que negras de pele mais escura. Embora o colorismo definitivamente afete homens negros, ele é mais suavizado, em especial quando comparado à vida política e social das mulheres afrodescendentes.

Logo após defender minha tese de doutorado em Literaturas Africanas com o meu black levemente armado e uma felicidade estampada nos lábios por fechar mais um ciclo da minha vida, ouvi de uma pessoa que “agora que era doutora deveria dar um jeito no meu cabelo”. Aquelas palavras não abalaram meu dia, mas me projetaram para uma série de reflexões. Afinal, o que seria dar um jeito no cabelo dentro do imaginário acadêmico? Há dois anos, já com dreadlocks nas madeixas, ouvi de um aluno no primeiro dia de aula que eu não combinava com a imagem de professora de Metodologia de Pesquisa porque eu era muito descolada. Professoras universitárias não podem ser descoladas? O que exatamente ele estava taxando de descolado? Meus dreads ou minhas roupas largas com detalhes africanos?

Sabemos que, no Brasil, nós ocupamos cada vez mais espaços nos bancos universitários – até mais que os homens negros, por sinal –, mas, quando se trata das cadeiras de professores nas universidades públicas e privadas do país, em um universo de dez mil professoras doutoras docentes na pós-graduação, apenas 219 (0,4%) são mulheres negras, segundo dados de 2016 do Censo da Educação Superior discutidos pela agência jornalística Gênero e Número. Diante de tal inexpressividade, questiono se o racismo estrutural não tangencia a imagem do que é ser professor do ensino superior brasileiro. E como a ausência de mulheres negras nesses lugares também não desenvolve imaginários semióticos que ainda nos atrelam à subalternidade e ao trabalho doméstico. Durante o meu percurso acadêmico de quase 18 anos, só tive uma professora negra, e ela era substituta quando me deu aula na graduação. A primeira vez que entrei numa sala de aula como professora do ensino superior, por conta do racismo, sentia a responsabilidade de que minha competência e desenvoltura naquele ambiente poderiam ser usadas para abrir ou fechar portas a outros professores negros na instituição. Então, a pergunta que não quer calar: há lugar para mulheres negras na academia?

Aza Njeri, 34 anos, docente universitária, Rio de Janeiro

Quando Michelle Obama foi morar na Casa Branca em 2009 como primeira-dama, trouxe ao mundo uma nova definição de beleza. Mulher extraordinariamente talentosa e brilhante, Michelle tem a pele escura, para a alegria de muitas mulheres afrodescendentes. Vanessa Williams, primeira Miss América negra, atriz, modelo e

cantora, afirma: “Se um presidente negro representa a mudança, uma primeira-dama de pele negra é algo revolucionário [...]. Os efeitos persistentes do racismo e do machismo, juntamente com uma indústria da beleza que constantemente nos violenta com padrões de beleza feminina cada vez mais brancos, tornaram as mulheres de pele negra praticamente invisíveis na mídia padrão”.

Questões sobre colorismo e visibilidade seriam, sem dúvida, tópicos de discussão pública se esse discurso prestasse mais atenção à interseção com raça e gênero. Hoje, o colorismo, juntamente com o racismo e o classismo, afeta as mulheres negras de muitas formas, algumas ainda pouco divulgadas. Os impactos são extremamente violentos e sentidos nas esferas pessoal, profissional e política.

Pra mim é muito sensível falar sobre mulheridade e autoestima do meu lugar de travesti e negra. Os caminhos da autoestima para uma pessoa negra no Brasil são muito difíceis, uma vez que vivemos num país racista com um processo embranquecedor muito violento. Eu passei a maior parte da infância e da adolescência odiando meu corpo, as características que demarcaram minha origem. Quando finalmente me vi lidando bem com quem eu era e quando finalmente me reconheci um corpo belo, chegou a transição e, de novo, sem perceber, fui condicionada a desejar um padrão corpóreo com referências fatalmente eurocentradas. Trilhei um caminho longo e que só foi possível através do acolhimento de outras mulheres pretas para me perceber de novo e entender que meu corpo tem marcadores de toda uma história e ancestralidade, e querer adequá-lo a um padrão sistêmico era um erro. Comecei a olhar para as minhas e a me reconhecer nos jeitos, nos traços, nas vozes das que são minhas semelhantes, voltei os olhos pras travestis pretas que me antecederam e pras que lutam ao meu lado e percebi o quanto minhas referências faziam com que eu tivesse uma percepção deturpada de mim mesma.

Onika é mulher negra, travesti, periférica, professora de *pole dance*, articuladora social, modelo e *performer*, São Paulo, @onikaralho

(IN)VISIBILIDADE LÉSBICA

Sentir-se insegura sobre seu cabelo pode ser um sentimento comum para qualquer mulher que desafia o padrão ideal longo e liso. Aquelas de nós que raspam ou cortam o cabelo curto, que tingem ou usam o cabelo de maneiras não tradicionais, principalmente se somos lésbicas ou trans, estão mais propensas a olhares e até mesmo a discriminação.

O visagismo é sobre se encontrar e abraçar quem você é. O cabelo é só um complemento, uma ferramenta que te ajuda a ser quem você quiser ou quem você

precisa ser naquele momento. O visagismo ouve, observa e acolhe. “Por meio desse acolhimento, é possível construir uma imagem que expresse a transformação que já está acontecendo dentro de você”, acrescenta a visagista Luisa.

Desde a adolescência até a vida adulta, vivi com os cabelos presos em um rabo de cavalo para “domar” os cachos e evitar o volume. Foi com quase 30 anos que senti o quanto aquela imagem estava me aprisionando e tomei coragem de cortar o cabelo com Luisa. Desde então vivo um (re)encontro com minha autoimagem e autoestima. Fui cortando cada vez mais até raspar os cabelos; após ter o cabelo curto, já fui confundida com homem e quase barrada em banheiros públicos femininos, reflexo da sociedade heteronormativa em que vivemos. Agora, sigo experimentando novas cores e formatos, sem mais me esconder, e mantendo os cabelos livres.

Paula, 34 anos lésbica e pesquisadora

Cabelo nunca é só cabelo. É uma parte importante de nossas construções corporais, nossas identidades, uma forma de expressão, uma forma de autocuidado. A Peluqueria Furiosas tem um público variado, mas é um espaço LGBTQIA+ centrado. A ideia é construir uma beleza pra chamar de nossa, fora das normatividades do esquema binário do cisheterossexualismo e fora também das violências de outros padrões normativos, da magreza, da branquitude e dos imperativos de classe. Um espaço pensado para fora do binômio salão/barbearia. Da mesma forma que é difícil ser socialmente lida como mulher e ir a uma barbearia para conseguir um corte curto e chavoso, é muito difícil também dar checks em todas as caixas de feminilidade necessárias para se sentir confortável em um salão. Lésbicas, travestis, butches, mulheres trans, homens trans, bichas POC e pessoas não binárias são portadoras de uma beleza que esse binômio, geralmente, não dá conta de acolher e respeitar.

Bruna, 42 anos, lésbica, caminhoneira vinhada
e peluquera – @peluqueriafuriosas

Lembro dos meus cabelos longos que me acompanharam em um período da minha vida em que havia me separado, mudado de cidade e estava começando a construir uma nova etapa. Passei a questionar tudo que me constituía; longe da terra onde havia nascido e crescido, pude experimentar a liberdade de não querer ser aquilo que haviam projetado para mim como mulher. Eu não queria mais ser essa “boa moça”. Comecei a questionar minha sexualidade e ter coragem de me lançar para outras experiências, mas havia algo em mim que segurava essa força. Meu cabelo longo já não me pertencia mais, e fui encontrar uma amiga cabeleireira que soube exatamente que eu estava vivendo um conflito em relação à minha imagem. O cabelo longo direciona o olhar de quem vê para baixo, é como um manto de proteção, um véu. Constituí todo esse estereótipo de boa mulher, heterossexual, recatada, futura mãe. Foi quando me lancei ao cabelo curto, assimétrico, desordenado – quanto menos cabelos temos, mais queremos ser olhadas nos olhos. Queremos desafiar os olhares externos. Sei que desafio nem que seja na esfera micro as projeções do que se espera de uma mulher. Sei que tudo isso reflete vários padrões sociais que nos atravessam, mas, na experiência pessoal, me senti forte ao deixar para trás esses fios que me prendiam a uma imagem que não me pertencia mais. Hoje, meus cabelos curtos crescem, desordenados, com fios brancos, e os corto quando quiser, mas eles representam essa mulher em construção que sou.

Paula, 29 anos, professora de dança, bissexual, Rio de Janeiro

MAIS PRODUTOS COM MENOS REGULAMENTAÇÃO

As vendas brasileiras de itens de beleza e perfumaria chegaram a 326 bilhões de reais no *e-commerce* entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020⁵. O Brasil está em quarto lugar no mercado mundial da indústria de higiene pessoal, perfumaria e cosmético, mercado que é liderado pelos Estados Unidos, pela China e pelo Japão e que inclui desde tintura de cabelo até creme contra celulite. Embora a grande maioria das revistas e dos produtos de beleza tenha mulheres como público-alvo, homens não estão imunes. Em 2017, o Brasil representou 13% dos gastos dos homens, em todo o mundo, com perfumes, produtos para barba, cabelos, banho e desodorante – um mercado que movimentou 6,7 bilhões de dólares até 2019.

Além disso, produtos para modelar o corpo, como cintas modeladoras, que foram vendidas por muito tempo para as mulheres, estão agora sendo feitas para homens que pretendem disfarçar a barriga – há vários anúncios de produtos como esses disponíveis na internet.

A busca pela beleza é muitas vezes repleta de riscos para a saúde e para a segurança – alguns muito conhecidos e outros que ainda estamos descobrindo. Uma pesquisa estadunidense identificou no sangue e na urina de 20 adolescentes de todo o país uma média de 13 potenciais agentes causadores de distúrbios hormonais, plastificantes e outros químicos cosméticos. Além disso, cancerígenos como o formaldeído e neurotoxinas como o chumbo são frequentemente encontrados, em pequenas quantidades, em cosméticos e itens de cuidado pessoal. Confira mais detalhes no capítulo 26, “Saúde ambiental e das trabalhadoras”.

A indústria brasileira de cosméticos é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que disponibiliza na sua página orientações sobre alisantes de cabelo e formas de identificar produtos não certificados⁶. Por isso, é muito importante observar nas embalagens dos produtos se eles passaram pelo controle de segurança da Anvisa, inclusive os produtos usados nos salões de cabeleireiros.

O QUE TEM NOS COSMÉTICOS E PRODUTOS DE BELEZA?

A Anvisa publicou uma série de Portarias e Resoluções (RDC), entre 1998 e 2017, para regulamentar bronzeadores, produtos de alisamento capilar, protetor solar, repelente de insetos, gel antisséptico para as mãos e produtos infantis tendo em vista seu maior risco associado. Em 2015, uma Resolução liberou o registro de cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes, que passou a ser realizado com base em verificação periódica, aleatória e monitoramento de mercado com observação e análise do que está nas prateleiras à disposição do consumidor (RDC 2015). Esse tipo de ação facilita os processos de venda dos produtos, mas não nos protege como antes.

Nos Estados Unidos, o bronzear artificial é um passatempo popular entre as pessoas que buscam um aspecto “saudável” de praia, apesar de estudos mostrarem que o procedimento aumenta o risco de câncer de pele. Um estudo recente com universitárias descobriu que, entre aquelas que fizeram uso de câmara de bronzear, aproximadamente um terço possui um padrão de dependência, o que significa que elas exibiram um comportamento parecido com o de pessoas dependentes de álcool e drogas: faltam às aulas ou a outras atividades para se bronzear, se sentem culpadas por se bronzear demais e não conseguem reduzir o tempo de bronzear artificial.

No Brasil, o bronzear artificial para uso estético em câmaras de bronzear é proibido desde 2009. O procedimento não é recomendado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e foi regulamentado pela Anvisa, que também publicou uma resolução proibindo o seu uso, a importação, a doação e o aluguel de equipamentos sob a justificativa de que a prática de bronzear artificial aumenta em 75% o risco de desenvolvimento de melanoma⁷. Mesmo sendo proibido, é possível

encontrar o serviço na internet, em clínicas de estética e em anúncios de venda de equipamentos em sites de *e-commerce*.

Da sombra ao silicone, do blush ao Botox

A busca pela beleza e a pressão para seguir a moda aplicam-se a todas as partes do corpo. O procedimento de “depilação da virilha”, remoção de pelos pubianos que crescem fora da linha do biquíni, foi substituído pela depilação total da região da vulva que, normalmente, remove todos os pelos das regiões genital e anal, um procedimento bastante doloroso, sobretudo se for com cera quente. A depilação com cera é conhecida mundo afora como *Brazilian wax* (depilação brasileira). A remoção de todos os pelos pubianos faz com que os corpos de mulheres adultas se assemelhem ao de meninas.

Além disso, como acabar com os pelos não é o suficiente para voltar à juventude, agora existe até maquiagem genital. “Meu novo botão rosa” é descrito pelo marketing como um cosmético genital simples de usar que devolve o “rosa” às genitais femininas. O produto foi lançado na Europa em 2017 e divulgado no Brasil como um “iluminador e rejuvenescedor íntimo”.

Foi-se o tempo em que as transformações na televisão apenas mudavam o cabelo, a maquiagem e as roupas das pessoas. Hoje em dia, as participantes têm o rosto e o corpo alterados de forma permanente em rede nacional por meio de cirurgias plásticas. Infelizmente, há pouca discussão sobre os riscos psicológicos e físicos dessas práticas. As mulheres foram as responsáveis por 86,4% dos procedimentos cirúrgicos estéticos no mundo, e os Estados Unidos, o Brasil, o Japão, o México e a Itália foram responsáveis por um terço das plásticas do mundo em 2017⁸.

Os Estados Unidos têm mais profissionais de cirurgia plástica e realizam mais procedimentos cirúrgicos que qualquer outro país, e 91% desses procedimentos são realizados em mulheres. O Brasil segue o ritmo estadunidense e está em segundo lugar em cirurgias plásticas no mundo – só no ano de 2016 foram realizadas mais de 1,4 milhão de cirurgias reparadoras ou estéticas (segundo censo realizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica). O interesse brasileiro pela estética é um terreno fértil para a popularização do Botox e de outras intervenções cosméticas. Tanto nos Estados Unidos como no Brasil, o Botox foi de longe o mais popular (89% no Brasil), seguido por preenchimentos de tecidos moles, *peeling* químico, depilação a laser e suspensão com fios⁹.

Uma conversa sobre imagem corporal e autoestima

A imagem corporal é uma questão comum em muitos países, como podemos perceber a partir dos depoimentos a seguir. Kali, Jordan, Danielle e Cody vivem nos Estados Unidos; Lulu, Veni e Leona moram no Brasil.

É muito fácil para nós, mulheres, acharmos razões para não gostarmos dos nossos corpos. Por causa da minha deficiência, tenho problemas nas minhas juntas e articulações desde os 12 anos, não consigo pensar em um momento em que não tenha tido que lutar contra o ódio ao meu corpo. Ele é falho, quebra e me trai. Somado a isso, há os momentos em que ganho peso repentinamente devido a problemas hormonais, então não posso dizer exatamente que gosto do meu corpo. Os pensamentos sobre o meu corpo e sobre relacionamentos não são bons. “Aquele cara deve gostar de mim apesar da minha aparência”. “Qual é o problema dele? Como ele pode gostar disso?”. “Quando ele descobrir que eu sempre me machuco com facilidade, vai ficar de saco cheio e ir embora”. “Queria poder esconder meus pneuzinhos!”. Pode parecer estranho, mas descobri que o que me ajuda com os meus problemas com meu corpo é conseguir me sentir confortável com ele e afastar de mim as expectativas sociais. Fico em pé, em frente a um espelho, olhando para o meu corpo como uma estátua, com linhas interessantes e graciosas. Procuo roupas que realmente caibam em mim, em especial aquelas com um toque feminino e sexy ou ousado e arrojado! Quanto menos eu me importava com o que as outras pessoas, principalmente parceiros em potencial, pudessem pensar, mais confiante eu me sentia sobre meu próprio corpo e sobre como as outras pessoas me veriam. Pode parecer absolutamente paradoxal, e eu não sei por que, só sei que funciona.

Kali, estadunidense, mulher com deficiência

É muito frustrante o quanto as percepções sobre os nossos corpos influenciam as nossas percepções sobre o valor das relações. Eu, com certeza, já tive o sentimento de que “tenho muita sorte de estar com alguém que não sente repulsa por mim”, e já se utilizaram desse sentimento. As pessoas já me usaram sabendo que eu não iria reclamar por ter medo das consequências. E, no geral, eu gosto do meu corpo! Mas eu sei que as construções sociais que permeiam a nossa vida fazem com que as outras pessoas pensem que ele não é aceitável.

Jordan, estadunidense

Eu quero enfatizar o que a Kali disse sobre como é fácil achar que alguém gosta de você apesar de alguma coisa. Ontem à noite mesmo, eu falava com a minha terapeuta sobre um ex. Disse que era muito fácil imaginar que a relação tinha acabado por eu ser trans, porque a transição era muito difícil para nós dois, uma vez que eu tinha questões com o meu corpo. Minha terapeuta perguntou: “Tudo bem, mas e se vocês ficaram juntos justamente porque você era trans? Talvez, se você não estivesse fazendo sua transição naquele momento, vocês nem teriam ficado juntos”. Eu realmente nunca havia pensado nisso. Todas as mulheres são bombardeadas pela mídia nos mostrando por que nossos corpos não são perfeitos o suficiente, mas eu diria que mulheres trans (e homens trans, em menor escala), além de tudo, são bombardeadas com mensagens de que nossos corpos não podem ser atraentes, que nossa existência é “naturalmente” repugnante e nojenta. Eu também concordo com a Kali: achar coisas para gostar no seu corpo é muito importante (e roupas nas quais você se sinta feliz e confortável também). Para mim, fazer algo físico é igualmente importante e útil. Eu me sinto muito melhor comigo mesma quando eu posso dizer: “Sim, eu acabei de pedalar aqueles quilômetros” (ou algo do gênero), e as endorfinas provenientes de exercícios físicos são incríveis, mesmo que eu não me exercite com a frequência que gostaria.

Danielle, estadunidense, mulher trans

Kali, eu amei o que você escreveu aqui sobre criar um conforto corporal para você e sobre afastar aquelas vozes da sociedade. Isso tem sido real e incrível para mim também! Há momentos em que não me sinto confortável com meu corpo, gostaria que ele fosse menor ou que tivesse um outro formato, e uma das coisas que me faz sentir melhor nesses momentos é olhar para o meu corpo nu no espelho e apreciar o que vejo: ombros largos, braços musculosos, coxas grossas e quadris que mantêm o formato do meu corpo firme e eficiente, mãos ásperas. Eu preciso amar este corpo porque é o que tenho, e é mais saudável amar o meu corpo pelo que é do que desejar que ele fosse diferente. Se eu não amar meu corpo, apreciar minhas formas e me achar sexy, como eu posso esperar que outra pessoa ache isso de mim? Às vezes, só preciso lembrar a mim mesma que sou atraente e perfeita e que me ver dessa forma é um ato de bravura e ousadia face a essa cultura misógina que quer que eu me odeie. Então, amar o meu corpo torna-se um ato político, tanto para mim quanto para qualquer outra pessoa ou para o que ela possa pensar sobre meu corpo.

Cody, estadunidense

Eu não sei quando e nem de onde vem, mas me amo tanto, a cada cicatriz tocada em meu corpo me sinto estimulada, a cada banho de biquíni em público, estou sempre deixando minhas deficiências à mostra para que eu mesma me acostume com elas, e tem funcionado.

Lulu, atendente de recepção, mãe, perdeu as duas pernas em um acidente, Mato Grosso, @2urdes5oares

O trabalho do autocuidado pode se tornar uma jornada muito difícil se você for uma pessoa transvestigênera, porque fomos ensinadas a odiar nosso próprio corpo por conta dessas construções hegemônicas, não diversas e padronizadas intensificadas pela sociedade e pela mídia. Muitas pessoas da população trans podem adoecer devido às cobranças de níveis inalcançáveis de passabilidade e beleza. Muito disso se dá na prostituição, por exemplo. À medida que buscamos nos afastar mais desses pensamentos e convenções, podemos nos aproximar mais de nossa genuinidade, autonomia, aprendendo a amar nosso corpo, entendendo todas as suas possibilidades de beleza e expressão e toda a pluralidade do feminino

Veni, performer, DJ, multiartista, São Paulo, @ohmyveni

Sou mãe de mim mesma, sou a mulher, sou dona dela, dona daquela que eu criei, daquela que eu fui e daquela que eu serei. Essa mulheridade vem do meu desejo, da minha fé, das reflexões que fazia dentro de um banheiro nas madrugadas escondida do meu ventre mãe, da criação de referências de mulheres fortes e poderosas. Hoje, no reflexo daquele mesmo espelho, daquele mesmo banheiro, enxergo minha juba encorpada e identifico que a minha mente foi e é poderosa, construí a minha mulher comigo e pra mim.

Leona, 33 anos, a(r)tivista, mulher transfeminista, São Paulo, @leonajhovs

Dos procedimentos cirúrgicos considerados mais invasivos no Brasil, o aumento das mamas está no topo da lista (18,8%), seguido de lipoaspiração (16,1%), abdominoplastia (15,9%), cirurgia para levantar os seios (11,3%), redução das mamas (9,9%), cirurgia de pálpebras (8,7%) e remodelação do nariz (4,4%). Cirurgias plásticas deixaram de atender apenas pessoas com alto poder aquisitivo e, frequentemente, têm como público-alvo mulheres trabalhadoras e de classe média, algumas das quais se

endividam muito para pagar por procedimentos cirúrgicos. Durante a recessão, a perda de emprego levou mais pessoas – mulheres e homens – a considerar alterar a aparência para parecerem mais jovens e, conseqüentemente, mais atraentes aos empregadores.

O Brasil é o país com o maior número de cirurgias plásticas cosméticas em adolescentes. Em pessoas com idade entre 13 e 18 anos, foram cerca de 100 mil procedimentos em 2016, o que representa 4,8% das cirurgias brasileiras. As remodelações do nariz (rinoplastia) estéticas ou funcionais, seguidas de implantes nas mamas, são os tipos de procedimentos cirúrgicos mais populares. No ano de 2017, foram implantadas 1,6 milhão de próteses de seios em adolescentes no mundo; acredita-se que essa tendência seja resultado da influência das mídias e das redes sociais¹⁰.

Procedimentos não cirúrgicos, como injeções de Botox, que ajudam a reduzir a visibilidade das rugas, já foram exclusivos de mulheres que tentavam esconder sinais de envelhecimento. Embora o Botox seja aprovado pela FDA, para crianças com no mínimo 12 anos de idade, só é indicado para fins terapêuticos muito específicos (contrações da pálpebra ou estrabismo, por exemplo). No Brasil, a toxina botulínica em crianças é usada como tratamento de paralisia cerebral.

O preenchimento labial com ácido hialurônico está na lista das intervenções mais procuradas por adolescentes brasileiras entre as classes privilegiadas e é um procedimento amplamente divulgado nas clínicas de estética e fora das estatísticas dessa faixa etária. As atrizes Larissa Manoela e Maisa Silva são, desde a adolescência, alvos recorrentes de polêmicas nas mídias de massa e redes sociais a respeito de supostos procedimentos estéticos.

Absolutely Safe

*Absolutely Safe*¹¹ (2009) é um documentário que aborda o risco dos implantes mamários a partir das histórias de duas mulheres: uma que deseja remover sua prótese que está vazando, e outra que deseja aumentar os seios. A espectadora conhecerá profissionais de cirurgia plástica que são a favor e contra a cirurgia, mulheres que sofreram por conta de implantes de silicone (incluindo a mãe da diretora do filme, Carol Ciancutti-Leyva) e membros do comitê da FDA, que decidem se o silicone deve, ou não, ser permitido no mercado.

“O tempo todo, a espectadora sente de forma muito impactante as pressões que a beleza tem (e já teve) sobre as mulheres estadunidenses”, diz Diana York Blaine, especialista em Estudos de Gênero. “Os implantes mamários claramente ‘resolvem’ o problema, ao passo que abrem as portas para uma série de outras questões [...]. Este filme deixa bem claro que a sensação de incômodo por não se encaixar nos padrões não é um fenômeno individual. O machismo institucional afeta todas nós, e acabar com a nossa saúde parece ser uma solução aceitável”¹².

Julgamentos e expectativas são direcionados especialmente às recém-mães. A mídia enaltece celebridades que, em poucas semanas após o parto, desfilam seus corpos magros vestindo a calça jeans que usavam antes de engravidar. Espera-se do resto de nós que sigamos esses exemplos, apesar de não termos quem nos ajude com a criança, nem uma equipe de *personal trainers* e nutricionistas 24 horas por dia (mesmo que a nossa sobrevivência não dependa da nossa aparência). Os programas de “transformação” de mulheres que tiveram filhos (como *Mom Body Makeover*) oferece às novas mães um pacote de procedimentos cirúrgicos (levantar os seios caídos, abdominoplastia e lipoaspiração) para que se “recuperem” do que um cirurgião plástico chama de “trauma físico severo causado pela gravidez, parto e amamentação”.

Decisões extremas precisam de muita reflexão

A modelo e *youtuber* Giovanna Ewbank entrevistou no seu canal, em maio de 2020, Manu Gavassi, a finalista de um *reality show*. A entrevista, com milhões de visualizações, traz a público o tema da cirurgia plástica. Manu contou que sua primeira plástica foi no nariz, aos 18 anos, e que se arrepende de ter colocado silicone em um momento em que não estava bem consigo mesma; um momento em que transferiu essa sensação para a sua aparência. Ela relata que já gostava do próprio corpo e que não havia necessidade de fazer uma intervenção cirúrgica pela pressão externa de ter uma estética vinculada aos padrões. O depoimento é muito sincero, e ela recomenda que uma decisão como essa seja tomada com muita reflexão e maturidade¹³.

Autoestima e cirurgia plástica

É comum acreditar que pessoas consideradas extremamente atraentes são muito mais felizes do que todas as outras. Entretanto, pesquisas têm mostrado que isso não é verdade. Apesar de a propaganda midiática e a sabedoria popular sustentarem que cirurgias melhoram a autoestima, não há pesquisa científica que comprove o fato.

Se você perguntar a pacientes que fizeram plástica como elas se sentiram nos meses após a cirurgia, muitas vão dizer que se sentiram mais confiantes. Contudo, se perguntar a essas mulheres como elas se sentem sobre si mesmas antes da cirurgia e se repetir essa pergunta alguns meses ou anos após a cirurgia, não vai encontrar diferença significativa em suas respostas. Talvez elas se sintam melhor sobre a parte do corpo que foi “consertada”, mas não se sentem melhor consigo mesmas, e isso acontece porque a autoestima é uma característica estável para a maioria das pessoas e não muda só por causa de uma alteração na aparência.

DISTORÇÕES DA MÍDIA

Antes da existência dos meios de comunicação social, nossas concepções de beleza limitavam-se às nossas próprias comunidades. Segundo Ruth Brandon, autora do livro *Ugly Beauty* (O lado feio da beleza), publicado em 2011:

O corpo tornou-se uma mera tela sobre a qual a indústria de beleza na era digital remonta a nossa imagem para além do que é fisicamente possível. Entretanto, uma vez que a perfeição é *ipso facto* inatingível, o que é realmente oferecido no mundo da beleza, como em outros lugares, é o descontentamento eterno.

De fato, até o advento da fotografia, em 1839, as pessoas não estavam expostas a imagens da vida real, de rostos e corpos. Se avançarmos para a era digital de hoje e para um cenário totalmente novo em que as imagens estão presentes a cada passo que damos – seja assistindo à televisão, navegando on-line ou jogando videogame –, imagens idealizadas de mulheres jovens e magras estão por toda parte:

Acredito que todas as mulheres são absoluta e essencialmente bonitas. Dito isso, quando me deparo com imagens de beleza forjadas em revistas ou outdoors, ainda não consigo não desejar ser como elas.

Pesquisadoras descobriram que a exposição contínua a certas ideias pode moldar e distorcer nossa percepção da realidade. Quantos corpos nus a maioria de nós vê regularmente na vida real (sem contar o que vemos na mídia)? Pouquíssimos. No entanto, se consumimos o que a mídia oferece, sobretudo revistas de moda ou pornografia, nos deparamos com mais corpos femininos nus ou seminus do que nunca. Uma consequência desse conteúdo imagético persistente é que as gerações mais jovens estão internalizando modelos de aparências de mulheres baseados, na maioria das vezes, em representações radicalmente alteradas e objetificadas nos meios de comunicação. Mulheres de verdade, com pelos pubianos e seios que não são perfeitamente redondos e empinados, começam a parecer artificiais em comparação às imagens alteradas.

A contínua objetificação dos corpos das mulheres faz com que muitas de nós nos objetifiquemos, o que significa que internalizamos as expectativas culturais que afirmam que nossos corpos existem apenas para satisfazer outras pessoas. Uma mulher descreve como ela desafiou essas expectativas durante o sexo:

Eu me preocupava que ele fosse notar um pelo aqui, uma flacidez ali, e perdesse o tesão. Reparei que ele nunca se preocupava com as manchas de pele dele ou seus quilinhos a mais, então comecei a copiá-lo e me concentrei mais no prazer sexual que sentia. Comecei a apreciar muito mais o sexo, e ele reparou. Ele disse que isso o deixou mais excitado, e qual foi o resultado? Um novo ciclo incrível de sexo e paixão.

Mesmo que não aceitemos as imagens que vemos na mídia, é provável que acreditemos que outras pessoas as aceitam e pensemos que é preciso alterar nossos corpos para ficarmos parecida com ícones idealizados. Críticos dizem que essas imagens não só promovem uma falsa ideia sobre como são nossos corpos, incluindo nossos órgãos genitais, mas também afetam nossa saúde sexual, incentivando modificações corporais que podem aumentar o risco de infecções sexualmente transmissíveis, bem como reduzir a sensibilidade sexual e causar outras complicações.

VULVAS REPAGINADAS

Cada centímetro do corpo de uma mulher é visto como algo a ser melhorado, incluindo sua vulva. É difícil ignorar a ligação óbvia que esses procedimentos têm com a pornografia, como é o caso da depilação, por exemplo.

Algumas mulheres têm a borda dos lábios vaginais internos cortada e diminuída para torná-la menor ou mais simétrica através de uma cirurgia chamada ninfoplastia ou labioplastia – intervenções muitas vezes realizadas com laser de CO₂ e anestesia local. O procedimento tem como objetivo corrigir lábios que são “muito grandes, flácidos, moles, volumosos, excessivos, desiguais ou ultrapigmentados”¹⁴. Outras mulheres se submetem a procedimentos cirúrgicos para que a vagina fique mais apertada. Conhecido como “rejuvenescimento vaginal”, o procedimento é a cirurgia estética que mais cresce no mundo (23% em 2017) e realizado supostamente para aumentar tanto a autoconfiança sexual das mulheres quanto o prazer sexual dos homens. A técnica dessa cirurgia foi desenvolvida para tratar incontinência urinária em mulheres mais velhas e, como qualquer intervenção cirúrgica, está associada a vários riscos, incluindo a possível perda de sensibilidade, ou dor quando estimulada. O procedimento pode até causar alguns dos mesmos problemas que mulheres enfrentam durante o parto, tais como o corte genital feminino, incluindo sangramento e laceração no trabalho de parto.

Embora algumas pessoas acreditem que esses procedimentos melhorarão suas experiências sexuais, nenhuma pesquisa científica sustenta essas alegações de aumento da satisfação sexual. É importante ressaltar as informações dos especialistas, que dizem que o aumento da satisfação sexual percebido como resultado da reconstrução

genital pode ser atribuído, em parte, à reação psicológica da cirurgia, em vez de estar associado às mudanças físicas da cirurgia propriamente dita.

O Congresso Americano de Ginecologistas e Obstetras declarou que esses procedimentos não têm “indicação clínica e nem existe documentação sobre sua segurança e eficácia”. O grupo também advertiu que é errado dar a impressão de que qualquer um desses procedimentos são práticas cirúrgicas aceitas ou de rotina. O órgão americano recomenda, ainda, que mulheres interessadas nos procedimentos vaginais sejam informadas sobre a falta de dados que comprovem a eficácia desses procedimentos, bem como sobre as possíveis complicações, incluindo infecção, sensação alterada, dispareunia (dor), aderência e cicatrizes – essa questão também é compartilhada pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

A prática de intervenções de rejuvenescimento vaginal suscita uma inquietação ética: fazem-se afirmações sem qualquer suporte científico, garantem-se resultados improváveis. Mais: fabrica-se uma necessidade, inventa-se uma “doença” ou “defeito” e oferece-se uma cura mágica! Ou seja, a indústria explora as fraquezas individuais por meio de cirurgias que “melhoram” a autoestima, a função sexual e “salvam casamentos”. Mesmo com tantas recomendações, há muitas ofertas de consultórios e clínicas médicas dando suporte a essa demanda¹⁵. O Brasil é o recordista mundial em ninfoplastia, com o registro de 21 mil cirurgias por ano (2017), o dobro dos Estados Unidos, e eu maior público são as jovens entre 18 e 35 anos.

Eu sempre recebi muitas informações sobre sexo desde a infância. Nunca foi um tema tabu na minha família. Com 14 anos, uma amiga me mostrou um vídeo pornográfico e eu comecei a assistir de vez em quando. Aos 20 anos, ainda virgem, percebi que as vulvas das mulheres nos filmes eram bem diferentes da minha. Elas não tinham pelos e as partes íntimas eram rosadas e proporcionais. Quando olhava pra mim, era muito diferente. Os meus pequenos lábios eram desproporcionais. Um era rosado e pequeno. O outro era enorme e mais escuro. Quando eu colocava a calcinha, esse lado que era maior cobria toda a vagina. Quando eu ficava menstruada, a menstruação não chegava a encostar no absorvente. Desviava pela lateral e escorria pela calça. Pensei que nunca teria coragem de deixar que um homem me visse nua, porque pensava que ele acharia nojento esse pedaço grande no meio da vulva, escuro e molenga.

Um dia ouvi falar que existia uma cirurgia para que os dois lados pudessem ficar proporcionais. Eu não tinha dinheiro para fazer com um cirurgião plástico, e uma amiga da minha mãe disse que conhecia um ginecologista que poderia fazer por um valor bem baixo, pois era uma cirurgia bem simples. Eu disse para meus pais que o problema era a questão da menstruação, que me atrapalhava muito, mas a verdade

é que eu morria de vergonha da aparência. Criei coragem e fiz. Quando acordei da cirurgia, percebi que o médico simplesmente tinha levantado a parte que era grande e cortado reto (como quando se corta a ponta de um semicírculo). Ele nem se preocupou em fazer a curvinha para que parecesse natural. Chorei muito! Ficou com uma ponta no início, uma parte reta toda “dentada” pelos pontos e outra pontinha no final. O tamanho diminuiu, mas a aparência ainda não estava bonita. Pra piorar, perdi boa parte da sensibilidade nessa área. Como não tinha contado para ninguém no trabalho (pois não saberia como justificar), fui trabalhar normalmente no dia seguinte. Senti muita dor, pois, além de estar cheia de pontos, tive que colocar calcinha e calça para poder trabalhar. Tinha que lavar logo após usar o banheiro para não infeccionar, e fazer isso no ambiente de trabalho não foi fácil. Logo, as minhas colegas de trabalho ficaram sabendo e todas queriam me mostrar as suas partes íntimas, para que eu julgasse se achava que elas precisariam fazer uma cirurgia como a minha e melhorar a aparência de suas vulvas também. Fui percebendo que cada uma era bem diferente da outra, e praticamente nenhuma era como as dos vídeos a que eu tinha assistido. Achei todas feias como a minha. Com o passar dos anos, não criei coragem de passar por um novo procedimento. Descobri que não era necessário assim que comecei a ter relações. Mas só depois de muito tempo consegui ficar à vontade para receber sexo oral de forma tranquila e prazerosa. Foi quando descobri que a aparência que eu tinha julgado feia na verdade era a aparência normal das vulvas das mulheres. A referência que eu vinha usando é que era irreal. E eu só descobri isso porque vi um trabalho artístico de pinturas mostrando os diferentes tipos de pequenos lábios e como cada mulher era única

Jacqueline, 36 anos, terapeuta junguiana, São Paulo

HIMENOPLASTIA

A reconstrução cirúrgica do hímen também está se tornando mais popular, especialmente entre as mulheres do Oriente Médio e de ascendência hispânica. Embora o hímen (se houver um, para começo de conversa) possa rasgar, romper ou desaparecer por conta própria, a cirurgia é feita a fim de que um sangramento ocorra durante a relação sexual, um sinal de virgindade em algumas culturas.

Comentários negativos e pressão por parte de um parceiro masculino podem nos influenciar a mudar nossos corpos, mas muitas vezes o dilema é interno: nós estabelecemos padrões para nós mesmas e achamos que podemos nos enquadrar neles. David Matlock, ginecologista e cirurgião cosmético de Los Angeles, famoso devido à série popular de televisão *Dr. Hollywood*, construiu sua carreira realizando e promovendo técnicas de “rejuvenescimento vaginal a laser”, que ele patenteou e se recusa a tornar públicas. Matlock, que afirma ter realizado mais dessas cirurgias que

qualquer outra pessoa no país, diz: “eu perdi a conta de quantas páginas e páginas de material pornográfico mulheres já me trouxeram para dizer ‘Quero ficar assim’. Até mulheres jovens olham para os lábios grandes e pendurados como um sinal de envelhecimento e querem a cirurgia”.

Debates e conversas são necessários para tranquilizar as mulheres sobre a grande variação da aparência dos órgãos genitais normais. Comparar fotos de corpos normais e saudáveis com corpos cirurgicamente aperfeiçoados cria a impressão de que as diferenças são anormais, quando, na verdade, a anatomia genital é tão diversa quanto as impressões digitais de uma pessoa. Além disso, ao promover uma visão restrita e limitada do que é normal, a cirurgia genital feminina desencoraja as mulheres a lidar com as pressões culturais e pessoais que modificam sua imagem corporal e identidade sexual. “Muitas mulheres não percebem que a aparência externa dos órgãos genitais varia significativamente de mulher para mulher. Por sermos ginecologistas e obstetras, sabemos disso devido aos anos de experiência”, disse a Dra. Abbey B. Berenson, membro do Comitê de Prática Ginecológica do Congresso Americano de Ginecologistas e Obstetras.

Vulvas reais

Para conferir imagens de vulvas reais e normais, visite na internet os projetos:

- *The Vulva Gallery* (A galeria da vulva): <https://www.thevulgagallery.com/>
- *Toda PPK é linda*: <https://www.todappkelinda.com.br/>
- *The Labia Gallery* (A galeria dos lábios): <https://labialibrary.org.au/>

A campanha *New View* (Novo olhar), aprovada por dezenas de educadoras sexuais, médicas e psicólogas de todo o mundo, está pedindo novas normas que exijam que as autoridades de proteção ao consumidor da Comissão Federal do Comércio monitorem a publicidade. Em 2008, durante um protesto em frente ao Centro de Cirurgia Vaginal de Manhattan, em Nova York, membros do *New View* pediram “mais pesquisa, menos marketing”. O grupo também apela por uma suspensão dos procedimentos até que existam monitoramentos e orientações.

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) informa em sua página que não há recomendações na literatura ou indicação médica para a realização desses procedimentos, e que não foram encontrados estudos relativos à sua segurança:

A justificativa para a escolha por esses procedimentos advém possivelmente da interferência da indústria pornográfica, que cultua um “padrão estético uniforme” numa tentativa de adequação do aparelho genital das mulheres a uma arquitetura de padrões semelhantes, exigindo que, preferencialmente, seja adotada uma pos-

tura de escolha por uma vulva sem nenhum pelo, com coloração rosada, grandes lábios gordinhos e firmes, pequenos lábios discretos e clitóris sem projeção. Uma perspectiva de adquirir um formato do genital com semelhanças idênticas ao que se apresenta na menina pré-púbere¹⁶.

PORNOGRAFIA

À medida que mais sites e mídias digitais disputam a atenção das espectadoras, cabe aos anunciantes criar uma abordagem mais convincente e ousada. Na maioria das vezes, isso significa vender sexo ou, mais precisamente, a sexualidade feminina¹⁷. Como disse ao *New Left Project* a ativista feminista Gail Dines, professora de sociologia e estudos das mulheres no *Wheelock College*, em Boston: “Se você ligar a televisão, folhear uma revista ou olhar para os outdoors, verá que a pornografia se tornou um modelo com base no qual a mídia representa os corpos das mulheres. Hoje em dia, não há quase nenhum pornô ‘leve’ na internet, porque a maioria deles migrou para a cultura pop”.

Ativistas do sexo masculino também têm sido parte do movimento para redefinir as atitudes em relação à imagem corporal, especialmente entre os próprios homens. Em *Getting Off: Pornography and the End of Masculinity* (Goçando: pornografia e o fim da masculinidade), Robert Jensen, professor de jornalismo da Universidade do Texas, discorre sobre como as concepções tradicionais de masculinidade aprisionam os homens a uma necessidade de dominação em suas relações com mulheres e outros homens.

Byron Hurt, cineasta, educador antissexista, ativista e crítico de *hip-hop*, criou os premiados documentários *I Am A Man: Black Masculinity in America* (Eu sou um homem: masculinidade negra nos Estados Unidos) e *Hip-Hop: Beyond Beats and Rhymes* (*Hip-Hop*: além das batidas e rimas). Em ambos os filmes, Hurt reconhece o racismo que ajudou a construir a masculinidade negra nos Estados Unidos, mas também defende a possibilidade de um espaço alternativo em que homens negros podem se redefinir em oposição às vozes da misoginia, da violência e da homofobia.

QUEM ESTÁ FALTANDO NA FOTO?

Muitas mulheres escolhidas para representar mães nos filmes têm a mesma idade ou são mais jovens que os homens que interpretam os seus filhos. Nas novelas brasileiras do horário nobre, outro fenômeno acontece: atrizes com mais de 40 anos, como Glória Pires, Juliana Paes, Letícia Spiller, Dira Paes, Carolina Dieckmann, Camila Pitanga e Taís Araújo, raramente aparecem em papéis demonstrando a verdadeira idade.

Muitas vezes, as atrizes parecem muito mais jovens graças à escolha cuidadosa do elenco, além de cirurgia plástica e filtros digitais; são raras as atrizes que, como Cassia Kiss, preferem exibir publicamente os efeitos naturais da passagem do tempo. Consequentemente, aquelas de nós que optam por envelhecer naturalmente, sem a ajuda de cirurgia plástica, regimes de beleza meticulosos e dieta restritiva, são por vezes vistas como “desleixadas”. Durante a pandemia do coronavírus, muitas mulheres deixaram de pintar o cabelo e estão fazendo a transição para o cabelo naturalmente grisalho; essa imagem está sendo mais vista nas mídias sociais. O ageísmo ou etarismo está relacionado ao preconceito contra pessoas ou grupos relacionados à idade e não poupa ninguém. Até mesmo Madonna, que tem uma imagem consolidada na mídia, se envolveu, nas redes sociais, em críticas relacionadas à sua idade por conta de suas opiniões controversas: em vez de criticarem o posicionamento da cantora, referiram-se ao fato de ela estar mais velha.

A imagem de perfeição da mídia também está relacionada à exclusão das mulheres com deficiências aparentes. A representação quase nula dessas mulheres significa que suas vidas continuam a ser um mistério para muitas pessoas que não têm deficiência alguma. Mulheres com deficiência são frequentemente retratadas como vítimas indefesas que necessitam de proteção ou como heroínas que venceram na vida.

Lulu é uma mulher cadeirante (seu relato completo está mais adiante) que comenta: “Quando a mídia relata casos de mulheres com deficiência, contrata lindas atrizes com corpos torneados e as senta em uma cadeira de rodas; a ‘história’ só terá um final feliz quando ela se levantar da cadeira e voltar a andar”.

Pelo fato de que mulheres com corpos deficientes, gordos ou velhos são vistas como desvios do que é “normal” e desejável, frequentemente são apresentadas como estereótipos, e não como pessoas reais. A velha rabugenta, a gorda escandalosa e a deficiente não atraente, mas com um coração de ouro, são clichês midiáticos populares. Raramente nossa beleza é vista ou reconhecida e quase nunca somos retratadas como seres sexuais:

Por viver com uma deficiência física, aprendi com as mensagens dominantes da sociedade que não sou como as outras mulheres. Na verdade, na maioria das vezes, não sou nem considerada uma mulher.

A porcentagem de mulheres negras representadas na mídia tem crescido, mas as formas de sucesso são complicadas. A inclusão de negras em alguma publicidade famosa é muitas vezes uma tática deliberada para transmitir a ideia de como um produto é moderno, descolado e tem personalidade. Assim, o ideal de corpo permanece o mesmo – ou seja, magro, com seios grandes e cabelo longo –, o que leva algumas

mulheres negras a se julgarem por esse padrão. Uma mulher comenta que, quando adolescente, era obcecada por “ter o *look* de ‘menina branca’: quadris finos, seios empinados, barriga achatada. Odiava não parecer uma modelo branca de revista”.

O movimento “Vidas negras importam” é a versão nacional do movimento americano *Black Lives Matter*, que foi amplamente apoiado após o assassinato de George Floyd nos Estados Unidos. Esse movimento levanta a bandeira da violência racial no mundo todo e sensibiliza as pessoas em relação ao excesso de violência, engajando e conectando a sociedade na luta pela igualdade de direitos, que se manifesta por meio de *hashtags*. Influenciadores das mídias sociais cederam suas páginas a representantes do movimento negro para que ampliassem suas vozes, e marcas de produtos comerciais manifestaram apoio à causa. O que esperamos é que esse movimento não seja apenas uma onda.

Historicamente, a presença de pessoas negras em veículos de comunicação sempre foi sub-representada e, muitas vezes, cercada de estereótipos que evidenciam o racismo em espaço destinado a atletas, músicos e trabalhadores mal remunerados. A revista *Vogue Brasil*, que se autodeclara a revista de luxo mais influente do mundo, com milhões de seguidores no Instagram brasileiro, tem seu público predominantemente formado por mulheres. Entre 2010 e 2018, as poucas capas que retratavam a mulher negra estavam sexualizadas e carregadas de estereótipos¹⁸.

Em julho de 2020, várias revistas de moda homenagearam mulheres negras de destaque no cenário brasileiro: Thelma Assis, vencedora de um *reality show*, estampou a capa da *Harper's Bazaar Brasil*; a apresentadora de telejornal Maju Coutinho estava na versão impressa da revista *Marie Claire*, na qual narrou situações de racismo que marcaram sua vida pessoal e profissional; a *Vogue Brasil* estampou em uma capa a cantora e compositora Teresa Cristina, que fez três horas diárias de *lives* durante a pandemia, trazendo e consagrando grandes compositores da música popular brasileira, e também apareceu na primeira página do caderno *Ela* (do jornal *O Globo*); outra capa da revista *Cult* trouxe Djamila Ribeiro com uma discussão sobre racismo, machismo e o feminismo negro. Djamila, filósofa e a escritora mais lida do Brasil em 2020, foi considerada pela BBC uma das mulheres mais influentes do mundo. O tempo dirá se essas publicações seguirão dando visibilidade a mulheres negras em suas capas ou se foi apenas mais uma estratégia de marketing temporária.

MULHER CAPAZ

Lulu Soares mora no centro do Brasil e sustenta a família como atendente de recepção. Quando criança, foi atropelada por um caminhão e teve as duas pernas amputadas, mas isso não a impediu de levar a vida plenamente. Ela dirige um carro

adaptado, tem um relacionamento afetivo e uma vida sexual ativa. Seu grande sonho sempre foi ser mãe, e sua limitação física não a impediu de realizá-lo com um parto humanizado. Desde pequena, Lulu se desafiava a superar seus próprios limites, e o nascimento de seu filho foi a coroação desse constante desafiar-se quando vivenciou um parto normal, com métodos de alívio não farmacológicos, sem intervenções ou anestesia. A força e o poder dessa mulher estão estampados no cartaz do filme *O Renascimento do Parto 2*. Ela desabafa:

Fomos educados a acreditar que o bonito, o desejável, é ser perfeito, e que um corpo torto ou em que falta uma parte não seria objeto de desejo pelos homens. E esse assunto ainda é tabu, mesmo nas organizações de pessoas com deficiência não se fala abertamente sobre o assunto, como se fosse algo que devesse ser mantido em segredo, algo vergonhoso demais para ser comentado. [...] Como se um corpo deficiente não pudesse dar e sentir prazer como um corpo dito perfeito. Percebi ao longo do tempo e da convivência com outras mulheres deficientes que existe desejo por parte dos homens, mas, como a sociedade e nossa cultura julga como se fosse um crime (um abuso) ou pecado desejar uma mulher deficiente, eles acabam tendo encontros escondidos com as deficientes, não tendo coragem de assumir seus desejos. Criam, assim, um mundo paralelo de desejos tortos. Junto a isso, vem a falta de autoestima das mulheres deficientes: como se sentir desejada se a sociedade nega o direito à sexualidade?

A energia e vitalidade de Lulu Soares podem ser acompanhadas no Instagram @2urdes5oares.

Ativismo

A seguir, confira algumas ações que você pode realizar quando não se sentir representada.

- Se você não vê imagens de beleza que se assemelham a você, procure em outro lugar, como publicações alternativas, filmes, livros e mídias on-line. Observe a publicidade de grande difusão e as imagens midiáticas com um olhar crítico e tenha em mente as realidades por trás delas.
- Examine como seu próprio comportamento reflete ou apoia táticas da mídia. Você compraria um produto se a mulher do anúncio não fosse bonita? Que mensagens você interioriza?
- Use o seu poder de compra.
- Seja crítica à mídia. Use blogs, tuítes e o Facebook para chamar atenção para representações de meninas e mulheres que são humilhantes para todas nós.

VOCÊ SÓ PODE SER GORDA NA TV SE FOR PARA SOFRER

Quando mulheres gordas são incluídas em programas de televisão e em filmes, geralmente são retratadas em relação ao peso e ao esforço para emagrecer. Programas de televisão como *Quem perde, ganha* acompanham os esforços heroicos de homens e mulheres lutando para perder quilos e ganhar respeito. Esse programa, de origem estadunidense e repaginado no Brasil pela emissora SBT, atraiu cerca de dez milhões de espectadores por semana nos Estados Unidos. O programa *Fantástico*, em 2013, também fez uma edição sobre emagrecimento e convidou quatro celebridades: Fábio Porchat, Gaby Amarantos, Preta Gil e César Menotti. Mas o que isso diz sobre a nossa cultura quando aplaudimos esses esforços, mesmo quando adotam técnicas perigosas de perda de peso, incluindo desidratação induzida, restrição calórica grave e até seis horas por dia de exercício extenuante?

Ao mesmo tempo, os telespectadores estão clamando por representações mais diversas e precisas na televisão. A atriz Cleo Pires foi alvo de críticas e mensagens agressivas nas redes sociais, em 2019, por ter engordado 20 quilos e desabafou: “Não é normal ser pressionada e julgada dessa forma por causa da sua aparência. É uma forma de pressão estética”. A atriz assumiu que estava sofrendo de compulsão alimentar e que já passou por outros transtornos alimentares, como bulimia, quando era adolescente¹⁹.

Já a *rapper* estadunidense Lizzo já esteve em várias capas de revistas, como *Vogue*, *Time* e *Rolling Stone*, nos Estados Unidos. A primeira mulher *plus size* (que usa tamanho grande ou extragrande) a aparecer em uma capa da revista *Playboy* foi a brasileira Fluvia Lacerda. Modelo internacional, ela comenta publicamente que os fotógrafos a subestimam por ela ser gorda. Fluvia é famosa no mercado internacional, seguida no Instagram por milhares de pessoas e pouco conhecida por aqui. No Brasil, capas com modelos *plus size* são raras: Fluvia foi capa da edição sobre peso e dietas da revista *Trip*, a blogueira Ju Romano foi capa da revista *Elle*, a cantora Preta Gil foi capa da *Nova*, a cantora Gaby Amarantos foi capa da *TPM* e Amanda Bingson, atleta de lançamento de martelo, capa da revista *ESPN Body Issue*. Todas essas capas de revistas são do ano de 2015, o que nos faz supor uma onda com modelos *plus size* exploradas na mídia, e não uma inclusão social de fato²⁰.

Em 2019, a SaferNet, com apoio do Instagram, abriu uma campanha para discutir o *bullying* denominada #ÉDaMinhaConta e com Xuxa como entrevistadora no primeiro programa. O tema foi gordofobia, e as convidadas foram Ray Neon e Jojo Toddynho²¹.

Segundo pesquisa realizada em 2014, cerca de 50% das mulheres brasileiras têm excesso de peso. Apesar desse dado, apenas 5% do varejo de moda no Brasil atende a esse público. Uma pesquisa varejista levantada em 2019 pela Associação Brasil Plus Size (ABPS) revela a existência de um abismo na exploração de um mercado altamente necessitado.

Algumas marcas de moda, que antes faziam roupas com modelagem específica para mulheres de 15 a 28 anos – o que dificultava o consumo de pessoas de outros tamanhos e idades –, decidiram aumentar sua grade do PP ao GG, e na campanha do verão 2021 estão promovendo a beleza de uma mesma peça com modelos de idades e gêneros ampliados, inclusive com pessoas *plus size*.

Apesar dos obstáculos, há tentativas inclusivas bem-sucedidas na publicidade brasileira. Em 2016, a rede de produtos cosméticos Avon causou controvérsia com um de seus anúncios que contou com MC Carol atuando como modelo de beleza. Muitos elogiaram a representatividade encontrada no uso da imagem da cantora, e a campanha alcançou sucesso imediato. Porém, nessa mesma época, MC Carol, identificada como negra, gorda, periférica e feminista, recebeu uma série de ofensas racistas e gordofóbicas em suas redes sociais. Como vemos, apesar das tentativas de inclusão, mulheres fora do padrão estético ainda sofrem de baixa visibilidade e muito preconceito.

Além do ramo da beleza, a indústria cervejeira, antes conhecida pela padronização e pela objetificação do corpo feminino, também se movimentou em direção a representações mais reais das brasileiras. No início de 2017, a marca Skol apostou numa campanha publicitária valorizando a diversidade de pessoas que aproveitam o verão sem impedimentos, evidenciando, inclusive, a liberdade de mulheres gordas de biquíni.

Nilma Duarte, modelo *plus size*, tem um projeto para aumentar a visibilidade e a autoestima de mulheres gordas no carnaval carioca com parcerias com cinco escolas de samba pela inclusão de mulheres *plus size* em suas alas. O Instagram também tem sido um veículo de disseminação para combater a gordofobia e fazer reverberar a voz de muitas pessoas que falem de seus corpos.

CULTURA COMERCIAL: HISTÓRIA DA MULHER NA PUBLICIDADE

Jean Kilbourne é uma autora, palestrante e cineasta que faz uma ligação profunda entre a publicidade e a saúde pública. Kilbourne oferece vários exemplos: “O odor feminino é um problema de todos”, afirma um anúncio de *spray* para a higiene feminina; “Se seu cabelo não está bonito, o resto raramente importa”, afirma um anúncio de xampu; “Meu namorado me disse que me amava por causa do meu cérebro. Nunca fui tão insultada em toda minha vida”, diz uma peça publicitária de cigarros! Kilbourne afirma:

Esses anúncios são alguns dos mais antigos de uma coleção que iniciei em 1968, ano em que comecei a estudar a imagem das mulheres na publicidade. Os exemplos usados na primeira versão do meu documentário *Killing Us Softly* [Matando devagar: A imagem das mulheres na propaganda], de 1979 e refilmado três vezes desde então, parecem ridículos para os padrões atuais. [...] Uma mulher em um

comercial de dieta celebra: “Provavelmente nunca conseguiria me casar se não tivesse perdido 22 kg”.

É fácil rir desses anúncios e acreditar que avançamos. Pena que isso não é verdade. Sem dúvida, não vemos mais tantas donas de casa patologicamente obcecadas por limpeza e observamos, em anúncios atuais, muitas mulheres no local de trabalho e alguns homens (mas não suficientes) cuidando das crianças e até fazendo tarefas domésticas sem estragar tudo.

No entanto, em muitos aspectos, as coisas pioraram. A imagem ideal de beleza está mais tirânica do que nunca. Até mesmo crianças pequenas estão cada vez mais sexualizadas na publicidade e em toda a cultura popular. As meninas recebem muito cedo a mensagem de que devem ser atraentes e sexy, além de impecavelmente bonitas e incrivelmente magras. Percebemos que a mídia tem papel fundamental nessa banalização. Em 2019, Silvio Santos, apresentador e dono da emissora brasileira SBT, televisionou em seu tradicional programa uma apresentação de meninas de sete a oito anos de idade sendo avaliadas por seus atributos físicos. O concurso de miss infantil incluiu desfiles de maiô, em que partes do corpo, como colo e pernas, representavam requisitos de avaliação das juradas. Após a exibição do quadro na TV aberta, foram feitas muitas críticas e notas de repúdio sobre a sexualização e o abuso da imagem infantil, e o caso chegou a parar na justiça.

No caso das adultas, os corpos femininos ainda são usados para vender tudo, de xampu a motosserra, e muitas vezes são desmembrados em partes (seios, pernas, nádegas). Às vezes, o corpo de uma mulher se transforma no próprio produto, de modo que ela se torna o carro ou o sapato ou a garrafa de cerveja. Um anúncio que circulou em várias revistas femininas de classe alta, por exemplo, exibiu uma mulher cujos pelos pubianos tinham sido raspados para formar o logotipo da Gucci. Somos encorajadas a sentir paixão pelos nossos produtos, e não pelas pessoas que são nossas parceiras.

Como os anunciantes procuram novas formas de chamar nossa atenção, também usam cada vez mais representações gráficas de sexo e de violência. Anúncios no início dos anos 1960, por pior que fossem, não traziam corpos de mulheres agredidas espalhados no chão ou enfiados em porta-malas de automóveis.

Mais importante do que imagens em anúncios específicos é o aumento do poder e do impacto da publicidade em geral. Quase tudo é sobre publicidade hoje em dia, do jornalismo ao entretenimento, passando pela política, e grande parte da cultura é comercializada com base em violência e pornografia, algo inimaginável há quarenta anos.

Jean Kilbourne acredita que não haja muitas boas notícias sobre mudanças no mundo da publicidade, mas que, cada vez mais, as pessoas compreendem que, longe de ser trivial, a publicidade é, na verdade, uma questão de saúde pública que afeta a todos. Nesse sentido, já chegamos bem longe.

PRÉ-ADOLESCENTES E ADOLESCENTES COMO ALVOS

A fase de transição da infância para a adolescência é um momento relevante para a formação da identidade. A discussão das questões relacionadas à imagem corporal e sua estruturação é fundamental. Além disso, o ambiente escolar é um local onde se estabelece um contato contínuo com outros corpos e onde se fazem comparações entre as diferenças. É também o ambiente em que as mudanças ficam mais acentuadas. Essas questões precisariam ser mais discutidas e respeitadas no que tange às singularidades de cada pessoa. As aulas de Educação Física, por exemplo, são um espaço em que a imagem e o desempenho corporal ficam mais expostos. A discussão acerca da imagem corporal, realizada no ambiente escolar, pode trazer informações e favorecer o posicionamento crítico dos e das adolescentes.

Os anunciantes, por sua vez, entendem o poder de compra de crianças, pré-adolescentes e adolescentes e, agressivamente, anunciam para esse público-alvo através de vários canais. A combinação de insegurança e poder de consumo faz com que as jovens sejam o alvo principal das grandes empresas. As meninas, em particular, representam uma fonte de renda importante e poderosa para comerciantes experientes, que fazem questão de usar as mesmas mensagens de insegurança que elas ouvirão ao longo da idade adulta, garantindo que desempenhem o papel de eternas consumidoras.

A indústria da beleza atrai as meninas quando jovens. Durante a adolescência, as meninas ganham mais de 11 quilos de gordura corporal, o que é necessário para seu desenvolvimento adequado, mas, em uma cultura obcecada por magreza, não é surpreendente que a maioria das adolescentes sinta ansiedade em relação a seu corpo e faça dietas perigosas. Uma revisão de 21 estudos que analisaram o efeito da mídia em mais de seis mil meninas de dez anos de idade ou mais descobriu que aquelas que foram mais expostas às revistas de moda eram mais propensas a sofrer de distorção da imagem corporal. Mas a questão não é apenas ler revistas de moda. A Associação Cristã de Mulheres Jovens (*Young Women's Christian Association – YWCA*) na Austrália buscou, em 2010, uma classificação indicativa para as revistas populares entre adolescentes – *Disney Girl*, *Barbie* e *Total Girl* –, alegando que as publicações ensinam às meninas que seus corpos precisam ser melhorados. Talvez, para além das questões de correlação direta, exista uma questão mais simples: que tipo de histórias estamos contando às meninas sobre o que significa ser mulher? Que ideais estamos encorajando as meninas a adotar?

Mundialmente, uma das maiores empresas voltadas a crianças e adolescentes é a corporação *Walt Disney*, que criou um império de mais de 16 bilhões de reais a partir de campanhas promovendo suas princesas. Nesse universo, a Bela Adormecida espera ser acordada (e salva) por seu príncipe, a Bela de outro filme se apaixona pelo homem

por trás da Fera, e a Cinderela se transforma em uma princesa graças a um novo estilo de cabelo, maquiagem e roupas, apesar dos esforços de suas meias-irmãs “feias”. Nessas histórias, a personagem feminina é escolhida entre todas as outras mulheres pelo personagem masculino, em vez de exercer seu poder de escolha, favorecendo o estigma da projeção feminina de precisar ser escolhida entre outras mulheres. O tema recorrente é óbvio e simples: seja bonita e tenha acesso a bens materiais que a ajudem a ser bonita.

SER MENTORA DE IMAGEM CORPORAL

Um estudo global de 2007 investigou a importância das relações entre mãe e filha para a autoestima e para a autoconfiança de uma menina; um terço das meninas adolescentes de 15 a 17 anos relatou que “sua mãe é a influência mais poderosa sobre os sentimentos em relação a beleza e imagem corporal”. Uma forte ligação com outras mulheres mais velhas (familiares, professoras etc.) também pode afetar positivamente a imagem do corpo. Embora certa quantidade de angústia física seja normal para todas as adolescentes, mães, guardiãs e mentoras podem adotar os seguintes passos para instruir meninas e formar atitudes saudáveis sobre a imagem corporal:

- Observe o próprio comportamento. Nossas filhas aprendem muitas vezes tanto com o que fazemos quanto com o que nós – e a mídia – dizemos. Muitas meninas aprendem a odiar os próprios corpos ao observar e ouvir as mães e outras mulheres próximas fazendo dieta e falando de forma negativa sobre seus corpos.
- Analise as imagens midiáticas com a sua filha e ajude-a a reconhecer quando a câmera está sendo usada como uma lente de fantasia masculina.
- Ensine à sua filha que o poder não é uma questão de aparência, mas, sim, de conhecer a si mesma e os sonhos e objetivos que ela deseja alcançar. Ajude-a a definir-se e a agir de acordo com seus valores e interesses. Dê a ela oportunidades para ter sucesso na música, nos esportes, em estudos acadêmicos ou em outras atividades e elogie-a por essas conquistas.
- Ajude as meninas a se concentrarem na saúde, e não no peso. Incentive atividades físicas divertidas e a cozinhar e planejar refeições saudáveis juntas. Não fale sobre dieta de emagrecimento e esteja ciente de que termos como “saudável” e “*fit*” são, com frequência, entendidos como sinônimos de “magra”.

ESTOU GORDA?

Não fale sobre estar gorda.

Nosso valor próprio está quase sempre ligado aos números da balança. Graças à cultura tradicional, que nos diz que as mulheres gordas são indesejáveis para os

homens (e para a sociedade em geral), muitas mulheres fazem quase tudo para ser magras. No entanto, a gordura está indissociavelmente ligada à forma feminina; nossos seios e quadris são, simplesmente, feitos de gordura. As mulheres precisam de mais gordura corporal do que os homens, e uma dieta extrema pode causar graves problemas de saúde; mulheres que são muito magras em geral não menstruam e não conseguem gestar.

No Brasil, basta chamar uma mulher de “gorda” ou de “baleia” para humilhá-la. Fazer com que as mulheres tenham medo de ser gordas é uma forma de controle social; temos de fazer dieta e viver num terror permanente de que ganharemos peso para que não sejamos excluídas da sociedade. Nos Estados Unidos, a situação é semelhante.

No Brasil, Michelle Sampaio, âncora de um telejornal no Vale do Paraíba (SP) de filial da Rede Globo, foi desligada da emissora porque não conseguiu voltar ao peso anterior ao da gravidez; sua experiência profissional e seu carisma com o público não foram tão relevantes quanto o critério estético.²² A emissora nega que esse tenha sido o motivo da demissão, mas a apresentadora desabafou publicamente que foi esse o motivo de sua ausência.

No SBT, as críticas do apresentador Silvio Santos²³ às mulheres de sua equipe são recorrentes. Em uma ocasião, ele mexeu no decote de uma de suas auxiliares de palco, chamou-a de gorda e disse a outra auxiliar: “Se você continuar engordando, vou te tirar do programa”. Criticar aspectos estéticos é extremamente prejudicial à categoria de profissionais de imprensa e um estímulo à gordofobia.

As noções atuais sobre peso são tão patológicas que até as mulheres grávidas lutam para não se ver como gordas. Cirurgias para perda de peso, medicamentos de emagrecimento e suplementos alimentares podem representar riscos para a saúde. Em uma tentativa de perder alguns quilos, quase metade de todas as mulheres está de dieta em algum momento – elas gastam fortunas anualmente em dietas que não dão certo na maioria das vezes. Pesquisadoras começaram a quantificar os aumentos perigosos dos níveis de estresse que acompanham o processo das dietas e como esse tipo de regime tem uma tendência de, a longo prazo, levar a hábitos alimentares menos saudáveis. Outras estudiosas também descobriram que adolescentes que fazem dietas engordam mais do que aquelas que não fazem.

Por causa do foco intenso na forma física, o que sentimos em relação a nosso peso muitas vezes se entrelaça com o que sentimos sobre nós mesmas. “Estou gorda?” é um mantra entoado por muitas mulheres, mas, no fundo, tem pouco a ver com peso. Pesquisadoras descobriram que mulheres jovens se expressam com frequência através daquilo que se chama de “conversa sobre estar gorda”. Em tais diálogos, como uma forma de nos conectarmos com nossas colegas, falamos sobre o corpo de modo autodepreciativo – assim, uma conversa sobre peso substitui uma fala voltada

para os sentimentos. “Estou tão gorda” normalmente significa “Estou deprimida” ou “A minha vida está fora de controle”. Em troca, as amigas geralmente asseguram à menina que ela está magra, aumentando, assim, a sua autoestima. Tal conversa pode levar algumas garotas de um estágio inicial a um estágio avançado no espectro de distúrbios alimentares.

Como a magreza ideal é promovida na mídia principalmente através de imagens de mulheres brancas, muitos acreditam que as negras não sentem as mesmas pressões para ser magras e não sofrem de problemas de imagem corporal. Alguns estudos têm sugerido que a razão pela qual mulheres e meninas negras são consideradas como tendo níveis mais elevados de confiança com o corpo (comparativamente a mulheres de outras etnias) se deve, em parte, a estudos que negligenciam o aspecto da autoestima ou do corpo como um todo e se concentram nas atitudes desse grupo em relação à cor da pele e à textura do cabelo.

Na minha descoberta com meu corpo, como uma jovem mulher negra, sempre fui confundida com passista de escola de samba; as pessoas nunca me perguntam sobre a minha vida pessoal. Sempre fui mal interpretada por conta da minha sensualidade e entendi que essa exposição do corpo sensualizado tem uma relação com a exploração da mulher negra no carnaval brasileiro.

Angela, 27 anos, Bahia

Outras mulheres que sofrem com a expectativa de ser naturalmente magras são por vezes negligenciadas quando fazem dietas em excesso. Uma mulher asiático-americana fala sobre a crença generalizada de que as mulheres da Ásia só podem vestir um tamanho P.

ESTAR BEM É SINÔNIMO DE ESTAR MAGRA

Muitas de nós se sentem presas entre o conhecimento sobre a importância de uma alimentação saudável e o desejo de se aceitar. As conversas sobre se sentir gorda frequentemente giram em torno da culpa – ser “boa” corresponde a resistir a comidas que engordam ou ser “fraca” corresponde a ceder à tentação. Os comerciantes geralmente usam a rotulagem “sem culpa” em alimentos de baixo teor de gordura ou de carboidratos, reforçando essa noção, mesmo que o alimento não seja saudável. A primeira marca de leite em pó desnatado lançada no Brasil estabeleceu um padrão nas suas campanhas de comunicação com mulheres jovens e magras vestidas de azul e branco e que caminhavam ao ar livre, quase flutuando, trazendo a ideia de leveza.

Passei tantos anos sem parar de fazer dieta e tentando ser magra, magra, magra. Foi tão libertador finalmente parar e aceitar o meu corpo. À medida que chego à meia-idade, sei que devo comer melhor, mas assim que coloco restrições ao que posso comer, me sinto privada e anseio instantaneamente pelos mesmos alimentos que são maus para mim.

Vera, 53 anos, Brasília

DISTÚRBIOS ALIMENTARES E SAÚDE

A anorexia, a bulimia e a compulsão alimentar são distúrbios físicos e psicológicos complicados. A alimentação pouco saudável, o peso baixo e a perda e o ganho dramáticos de peso podem prejudicar os principais órgãos do corpo, comprometer os sistemas hormonais e ter um efeito a longo prazo na saúde e no bem-estar. Mulheres com distúrbios alimentares podem ter enfermidades associadas, como ansiedade subjacente, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e outras doenças psiquiátricas. Preocupação com o tamanho e com a forma do corpo, imagem corporal distorcida, exercício compulsivo e rituais obsessivos costumam permanecer por anos após um distúrbio agudo. Os problemas de saúde associados à anorexia que mais acometem a fertilidade são: amenorreia (ausência de menstruação), ciclos menstruais irregulares, redução da qualidade dos óvulos, falência ovariana, comprometimento da saúde uterina e aborto espontâneo.

Quando engravidei do meu segundo filho, tive muito medo de engordar; passei a gestação inteira com uma alimentação muito equilibrada, engordei 8 kg, mas quando o bebê estava com seis meses eu me achava gorda e, por conta própria, decidi emagrecer. Perdi 18 kg em três meses e deixei de menstruar. Em vez de os médicos identificarem que eu estava com uma disfunção alimentar, fui diagnosticada com menopausa precoce e me prescreveram hormônios. A menstruação só voltou quando eu recuperei alguns quilos e passei a pesar mais de 50 kg.

Bia, 39 anos, São Paulo

A prevenção primária dos distúrbios alimentares pode ser um começo para evitar problemas de saúde reprodutiva e psicológica a longo prazo. Algumas das medidas preventivas envolvem ensinar às meninas estratégias para manter uma alimentação saudável e a aceitar o próprio corpo, desenvolvendo habilidades de liderança e de letramento midiático, além de oferecer uma gama de mecanismos de enfrentamento

para resistir a mensagens culturais prejudiciais associadas aos distúrbios alimentares. A anorexia e a bulimia são distúrbios alimentares que atingem mais de 10,4 milhões de brasileiros, na maioria mulheres (na proporção de dez mulheres para cada homem), crianças (a partir dos seis anos) e muitos adolescentes. A escritora Thalita Rebouças lançou em 2019 um livro que aborda o tema: *Confissões de uma garota linda, popular e (secretamente) infeliz*. Através da personagem Valentina, o livro procura sensibilizar adolescentes para o fato de que não estão sozinhas e busca auxiliá-las a encontrar uma forma de pedir ajuda.

Embora estudos demonstrem que nosso bem-estar e nossa longevidade têm menos a ver com o peso do que com a saúde, considera-se aceitável a discriminação flagrante e a ridicularização de pessoas gordas. Na verdade, pesquisas realizadas nos últimos anos confirmaram um aumento significativo da discriminação com base no peso. O preconceito com pessoas gordas também é percebido por sua pouca representatividade em órgãos governamentais e na publicidade de produtos de consumo, principalmente na época do verão. A gordofobia – intolerância e preconceito contra pessoas gordas – é pouco discutida juridicamente e mesmo entre questões que envolvem os direitos humanos. Uma mulher descreve como a internalização dessas atitudes afetou as suas relações:

Nos meus últimos anos de adolescência, eu ocasionalmente me envolvia em relacionamentos em que não queria estar porque me sentia com sorte por alguém estar interessado em mim apesar do meu corpo. Agora estou com um cara fantástico que se sente atraído por mim por muitas razões, mas, em parte, por causa do meu corpo.

Ser gorda também é extremamente relativo: algumas mulheres se consideram gordas simplesmente porque são maiores do que a maioria das suas colegas ou porque de repente se tornaram maiores do que eram durante grande parte da sua vida. Nossa obsessão por peso é muitas vezes moldada em termos morais, tornando o preconceito contra as pessoas gordas aceitável. Pessoas magras são consideradas virtuosas, enquanto pessoas gordas são consideradas preguiçosas e sem autocontrole. Do mesmo modo, presume-se que as pessoas maiores são pouco saudáveis e inaptas. A realidade é que algumas pessoas gordas têm excelente saúde, enquanto outras, que são magras, não.

Ferramentas como o Índice de Massa Corporal (IMC) são medidas duvidosas para avaliar a saúde, uma vez que não levam em conta o peso muscular e tipos corporais individuais. Até mesmo tabelas médicas que listam alturas e pesos não levam em consideração as variações naturais de tamanho corporal.

SAUDÁVEL EM QUALQUER TAMANHO

Embora haja riscos claros para a saúde quando se está acima do peso ou obesa, a solução mais frequentemente proposta – fazer dieta para perder peso – é simplista demais para realidades complexas. Vivemos em um mundo em que os alimentos altamente processados e refinados são baratos e mais acessíveis. O governo subsidia a produção de grãos, como milho e trigo, que são usados, sobretudo, para a fabricação de adoçantes à base de milho e carboidratos refinados; por outro lado, deixa de estimular o cultivo de alimentos mais saudáveis, como frutas, legumes, feijões e nozes, criando, artificialmente, preços baixos para as opções alimentares mais prejudiciais à saúde. Os alimentos ultraprocessados são muito mais rentáveis para a indústria alimentícia, e os anúncios incentivam incessantemente a adoção de *fast-food*, refrigerantes e outros produtos calóricos e de pouco valor nutricional. Dieta e perda de peso são uma indústria multibilionária. No entanto, essa dieta crônica não diminuiu o aumento do número de pessoas classificadas como obesas ou com excesso de peso. Uma iniciativa de reclassificação de alimentos baseada no grau de processamento industrial foi desenvolvida pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e está influenciando pesquisadores de todo o mundo. O estudo subdivide os alimentos em quatro grupos:

1. Alimentos *in natura*: frutas, hortaliças e grãos, leite pasteurizado, carnes.
2. Alimentos extraídos da terra e usados na preparação culinária: gorduras, açúcares, sal.
3. Produtos fabricados com adição de sal e açúcar: queijos, pães, frutas em lata.
4. Alimentos ultraprocessados: bolachas, refrigerante, salgadinho.

Os alimentos do grupo 4 contêm pouco ou nenhum alimento verdadeiro, muitos aditivos e devem ser evitados, pois são nocivos para as pessoas e para o meio ambiente.

O Ministério da Saúde do Brasil estima que 55,7% da população brasileira tem excesso de peso. A comparação dos anos de 2006 e 2018 permite verificar um crescimento de 30,9%, e o aumento foi maior entre as pessoas de 18 a 24 anos (21,7% entre os homens e 40% entre as mulheres) – esse aumento é decorrente do crescimento do consumo de alimentos ultraprocessados, com alto teor de açúcar e gordura. Se, por um lado, os percentuais de obesidade aumentaram no Brasil, por outro, o consumo de frutas e hortaliças também cresceu (de 15% para 23%), assim como a prática de exercícios físicos, principalmente entre as pessoas de 35 a 44 anos.

O Guia Alimentar para a População Brasileira²⁴ apresenta sugestões de alimentação adequada e saudável e traz recomendações específicas para promover a saúde e evitar enfermidades como a obesidade, a hipertensão e o diabetes.²⁵

As dietas restritivas não têm sucesso algum em produzir uma perda de peso significativa a longo prazo: a grande maioria das pessoas ganha de volta o peso que perdeu, e entre um terço e dois terços das pessoas recuperam mais peso do que perderam. A forma do corpo não é tão mutável como somos levadas a acreditar que seja.

Considerando essas realidades, cada vez mais especialistas da saúde estão se concentrando num modelo de saúde denominado Saúde em Todos os Tamanhos, que encoraja mulheres a pararem de focar no tamanho do corpo e no peso corporal e, em vez disso, a começarem a:

- Aceitar e respeitar a diversidade natural de tamanhos e formas físicas.
- Comer de uma maneira flexível, que valorize o prazer e respeite os sinais internos de fome, saciedade e apetite.
- Encontrar alegria em movimentar o corpo e tornar-se mais fisicamente ativas.

ACEITAÇÃO DA GORDURA E DICAS SINCERAS

A sociedade presume que dentro de cada pessoa gorda há uma pessoa magra louca para ser libertada. No entanto, muitas mulheres estão lutando contra pessoas que defendem que a beleza tem tamanho único.

O mundo coloca pra gente o que é certo ou errado, o que é bonito ou não, e no meio disso tudo a gente vai tentando se encaixar. Nesses processos descobri de fora pra dentro que ser gorda e negra não eram coisas boas, que eu precisava me encaixar pra sobreviver ao tal mundo que dita essas regras. Foi na dança que me redescobri um corpo bonito, dançante e fora de qualquer estereótipo, mas um corpo que tem suas próprias capacidades e potências, que gorda e negra não são defeitos, mas parte do corpo que me compõe, um corpo que sou e um corpo existente dentro desse mundo que precisa repensar suas falas de reprodução automática.

Luiza, 26 anos, professora de dança, bissexual, @luizamachadodanca

A seguir, confira algumas dicas muito sinceras da visagista Luísa, que tem ajudado muitas pessoas a se entenderem melhor consigo mesmas.

Você já deve ter entrado nessa loucura de dieta maluca, intervenção estética, brigas com seu corpo e sua aparência. Tudo isso para chegar a um ideal que não existe, mas que constantemente é imposto pra gente. A vida não é fácil para o corpo e para a aparência da mulher. Que tal três dicas que servem para todas as pessoas que querem dar “um chega pra lá” nos padrões de beleza e ser quem é de verdade?

1 – Olhe-se mais no espelho para se conhecer melhor. A gente tem medo do espelho, tem medo de se conhecer, tem medo de ver nossas imperfeições e de entender que somos mulheres reais. Mas deixa disso, menina! Use o espelho como seu aliado. Faça um exercício de se enxergar, de procurar as partes do seu corpo de que você gosta, o modo como gosta de deixar o cabelo. Elogie-se e aceite-se como você é!

2 – Saiba que você é única. Suas características são únicas, ninguém é igual a você. Seu cabelo, seu corpo, seu estilo, sua personalidade. Ninguém tem a sua beleza, e essa é a melhor parte!

3 – Experimente estilos. Por fim, que tal tentar coisas novas se estiver insatisfeita com a sua aparência? Mude o corte de cabelo, compre um brinco novo, faça uma tatuagem. Tente fazer com que o seu exterior reflita quem você é por dentro. Lembre-se: **VOCÊ É UM SER HUMANO INCRÍVEL!**

Luísa, 35, visagista, @cabeloshairpeluqueria

CONSTRUINDO UMA IMAGEM CORPORAL MELHOR

Pode parecer impossível escapar do bombardeio de imagens e mensagens persistentes que nos atingem todos os dias. Mas estar ciente da forma como os meios de comunicação social e a publicidade distorcem a aparência de meninas e mulheres e cultivam uma cultura obcecada pelo corpo contribui bastante para combater essas influências tão nocivas.

Nos Estados Unidos, algumas ações políticas podem servir de inspiração para futuras iniciativas brasileiras. Tammy Baldwin (D-WI) e Shelley Moore Capto (R-WV) apresentaram a Lei da Mídia Saudável para a Juventude a fim de promover e financiar programas de letramento midiático e de empoderamento de jovens. Além de apoiar pesquisas sobre o papel e sobre o impacto da representação de meninas e mulheres na mídia, essa lei também prevê a criação de uma força-tarefa para meninas e mulheres na mídia. Devido a um relatório alarmante da força-tarefa da Associação de Psicologia Americana sobre a sexualização de meninas, diversos grupos de defesa de direitos convocaram a primeira cúpula em prol de campanhas para promover mudanças. A cúpula SPARK (*Sexualization Protest: Action, Resistance, Knowledge*, que significa Protesto contra a Sexualização: Ação, Resistência, Conhecimento)²⁶ foi realizada em 2010 na cidade de Nova York. As ativistas mais jovens aprenderam sobre habilidades de letramento midiático, a criar os próprios meios de comunicação e a construir representações alternativas. No Brasil, as mídias sociais, como o Instagram, trazem algumas reflexões e iniciativas, mas se tratam de casos isolados e pouco divulgados.

Uma das questões menos discutidas sobre imagem corporal e nossa cultura alimentar desordenada é a perda da alegria e da autenticidade. Quando nos tornamos

obcecadas por nosso peso e nossa aparência, não só ficamos indispostas fisicamente, mas também nos contentamos com vidas menos alegres e gratificantes.

Quando contamos calorias, nos exercitamos excessivamente de maneira rotineira e sem inspiração e/ou gastamos grande parte da nossa energia mental em autocrítica, esquecemos aquilo de que costumávamos gostar de fazer, como passar um tempo com os amigos ou buscar nossas paixões. Além disso, sobra menos tempo e falta energia para atividades produtivas, tanto sociais quanto políticas, que tornam nossas comunidades lugares melhores para todo mundo. É totalmente radical para uma mulher na sociedade de hoje curar a sua relação com o próprio corpo. Você pode ser uma inspiração para todos à sua volta ao se presentear com essa cura.

Courtney Martin, autora de *Perfect Girls Starving Daughters* (Meninas perfeitas, filhas famintas), oferece as seguintes sugestões sobre como parar de se odiar e recuperar o direito ao bem-estar e à alegria:

- Reconecte-se com o seu verdadeiro apetite. O que você gosta de comer? Quando você está com fome? Quando você se satisfaz? Toda a sabedoria necessária está dentro de você, não na dieta do momento.
- Movimente seu corpo de forma que você se sinta feliz em vez de ficar presa a rotinas pesadas de exercício. Quanto mais diversificada e alegre for sua atividade física, melhor.
- Não se pese. Em vez disso, pergunte-se: como me sinto no meu próprio corpo agora?
- Reflita sobre como você conversa consigo mesma internamente: você fala com ódio de si mesma ou fica julgando corpos alheios? Em seguida, convide sua maior admiradora a entrar na sua cabeça para desfazer todas essas críticas que você faz. O que diria a sua melhor amiga sobre o que você fala a respeito de sua barriga?
- Mude as conversas sobre peso para diálogos sobre bem-estar.
- Posicione-se contra a gordofobia.
- Pergunte a si mesma: quando e com quem me sinto mais feliz e mais bonita? Como posso estar lá, com essas pessoas, mais vezes? Escolha as suas relações de forma consciente.
- Use o seu dinheiro só com coisas de que você gosta. Não compre produtos de empresas que fazem você se sentir inadequada, suja ou insegura através da sua publicidade.
- Envolver-se no feminismo! Esse movimento oferece uma lente de empoderamento pela qual você pode entender o que está passando.
- Redefina a sua noção sobre o que é ser uma jovem ou mulher de sucesso. Ela não é só uma empreendedora: também é saudável, resiliente, alegre e cheia de amor-próprio.
- Aprenda a amar a beleza do seu ser.

- Faça amizades com pessoas de diferentes idades que te ajudam a ter uma visão macro. De repente, a vida vai parecer muito mais interessante, fazendo com que o diâmetro da sua cintura seja completamente irrelevante.
- Em todas as oportunidades possíveis, redefina suas prioridades, deslocando-as de aparência para realização pessoal e alegria.
- Conte sobre suas dificuldades a uma amiga ou membro familiar, pois isso te dará forças para superá-las.
- Nunca faça dietas restritivas. Está provado que essa indústria é a porta de entrada dos distúrbios alimentares.
- Obtenha ajuda profissional, se necessário, o mais cedo possível. É fundamental que você confie nos próprios instintos, não na definição de bem-estar da profissão médica. Só você sabe como é estar dentro da sua própria cabeça.

Considerar a batalha individual em relação à imagem corporal como parte de uma luta maior, com dimensão social e política, também pode ser útil. Organizações e movimentos como a campanha “Ame Seu Corpo”, da Fundação da NOW (*National Organization for Women*), fornecem um contexto completo para entender o empenho das grandes empresas e da mídia em manter mulheres insatisfeitas com seus corpos e em oferecer maneiras “fáceis” e “acessíveis” de fazer algo a respeito. Confira a apresentação sobre “Sexo, Estereótipos e Beleza” no site loveyourbody.nowfoundation.org, onde você também pode encontrar outros guias para desenvolver um olhar crítico sobre os padrões de beleza. Além disso, há muitas outras dicas, que vão desde encenar um falso concurso de beleza num campus universitário até criticar anunciantes ofensivos. No Brasil, há várias iniciativas nas mídias sociais com inúmeras *hashtags*, tais como #movimentocorpolivre, com milhares de seguidores, #meucor-pominhasregras, entre outras.

Alterar nossas atitudes e nosso comportamento é apenas o primeiro passo para derrubar as amarras do culto à beleza. A longo prazo, a única forma de nos libertarmos verdadeiramente é mudando a posição das meninas e das mulheres na sociedade. Como Rose Weitz escreve em *Rapunzel's Daughters: What Women's Hair Tells Us About Women's Lives* (As filhas de Rapunzel: o que o cabelo das mulheres nos diz sobre a vida das mulheres): “Somente quando todas as meninas e mulheres se libertarem das expectativas estereotipadas sobre nossa natureza e nossas habilidades é que estaremos livres das amarras da cultura da beleza”.

Promover um ambiente positivo e afirmativo para todas nós é, em última análise, um projeto coletivo, no qual unimos forças para educar as novas gerações e colaborar com as atuais. Mídias sociais como Instagram e YouTube são uma oportunidade de acesso que podem nos ajudar a ampliar nossas vozes, atraindo milhares de pessoas.

NOTAS

1. Amanda Costa, “Mulheres gordas têm salários mais baixos do que magras”. *LinkedIn*, 22 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/mulheres-gordas-t%C3%AAm-sal%C3%A1rios-mais-baixos-do-que-magras-amanda-costa/>
2. Os indicadores SaferNet estão disponíveis em: <https://indicadores.safernet.org.br/indicadores.html>.
3. Antônio S. A. Guimarães, “Racismo e Anti-Racismo no Brasil”. *Novos Estudos*, n. 43, p. 26-44, nov. de 1995. Disponível em: <https://novosestudos.com.br/produto/educacao-43/#591555412b340>
4. O vídeo está disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=yGlFzJ_lwNs
5. “Brasileiros vaidosos no verão”. *Gironews*, 5 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.gironews.com/farma-cosmeticos/brasileiros-vaidosos-no-verao-57417/>
6. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/alisantes>
7. “Proibido uso estético de câmaras de bronzeamento”. *Anvisa*. 30 de junho de 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/anos-anteriores/proibido-o-uso-estetico-de-camaras-de-bronzeamento>.
8. “Mais recente estudo internacional demonstra crescimento mundial em cirurgia estética”. *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*. 1 de novembro de 2018. Disponível em: isaps.org/wp-content/uploads/2018/11/2017-Global-Survey-Press-Release-br.pdf
9. Alexandre Fonseca e Luís Henrique Ishida, “Censo 2018. Análise comparativa das pesquisas 2014, 2016 e 2018”. *Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*. Disponível em: http://www2.cirurgiaplastica.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Apresentac%C3%A7%C3%A3o-Censo-2018_V3.pdf
10. “Cirurgias plásticas em adolescentes crescem 141% nos últimos dez anos”. *Associação Nacional de Hospitais Privados*. 24 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/cirurgias-plasticas-em-adolescentes-crescem-141-nos-ultimos-dez-anos/>
11. É possível selecionar legendas em português para assistir ao trailer. “Absolutely Safe Trailer”. 8 de junho de 2009. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TUtnW5kAABo>
12. Para saber mais sobre riscos à saúde, visite breastimplantinfo.org, um projeto do Centro Nacional de Pesquisa sobre a Mulher e Famílias (*National Research Center for Women and Families*).
13. “Manu Gavissi responde às polêmicas”. *Gloh*. 19 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gpWL5vGzMO4>
14. Angela Bonavoglia, “Cosmetic Vaginal Surgeons Clueless”. *Women’s Media Center*, 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: womensmediacenter.com/blog/2010/02/cosmetic-vaginal-surgeons-clueless/
15. “Embelezamento no trato genital inferior feminino: qual o limite ético”. *Febrasgo*. 23 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/380-embe->

lezamento-no-trato-genital-inferior-feminino-qual-o-limite-etico?highlight=WyJyZWp1d-mVuZXNjaW1lbnRvIiwidmFnaW5hbCJd

16. *Ibidem*.

17. Para conferir anúncios que retratam a influência da pornografia na propaganda e outros materiais, visite “Feminist Fatale – women and 21st century pop culture”. Disponível em: feministfatale.com

18. Luisa Gonçalves Guimarães, “As Representações da Mulher Negra na Vogue Brasil”. *Pista: Periódico Interdisciplinar*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 101-127, ago/nov, 2019. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pista/article/view/21720>

19. “Cleo diz que recebe ofensas após engordar 20kg: ‘É uma forma de pressão estética’”. *Folha de São Paulo*. 7 de outubro de 2019. Disponível em: <https://emails.estadao.com.br/noticias/gente,cleo-pires-diz-que-recebe-ofensas-apos-engordar-20-kg-e-uma-forma-de-pressao-estetica,70003040735>

20. Mariana Rodrigues, “Cinco capas de revista que vão fazer você se sentir representada”. *Aquela Mari*. 2 de agosto de 2015. Disponível em: <http://www.aquelaMari.com/2015/08/02/5-capas-de-revista-que-va-o-fazer-voce-se-sentir-representada>

21. “É da minha conta. Episódio 1”. *Instragam Xuxa Meneghel*. 8 de novembro de 2019. Disponível em: https://www.instagram.com/tv/B4m367rJdhz/?utm_source=ig_embed

22. Daniel Castro, “Apresentadora da Globo é demitida por ficar gorda depois de gravidez”. *Uol*, 23 de março de 2019. Disponível em: <https://noticiasdatv.uol.com.br/noticia/televisao/apresentadora-da-globo-e-demitida-por-ficar-gorda-depois-de-gravidez-25556>

23. Nina Lemos, “Silvio Santos mexe em decote de apresentadora e chama outra de gorda. Pode?”. *Universa UOL*, 9 de setembro de 2019. Disponível em: <https://ninalemos.blogosfera.uol.com.br/2019/09/09/silvio-santos-mexe-em-decote-de-apresentadora-e-chama-outra-de-gorda-pode>

24. *Guia Alimentar para a população brasileira*. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2014. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/nupens/o-que-e-o-guia-alimentar/>

25. “Brasileiros atingem maior índice de obesidade dos últimos treze anos, de acordo com pesquisa Vigitel”. *Instituto Nacional de Câncer*, 25 de julho de 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/3433>

26. Disponível em: <http://www.sparkmovement.org/tag/take-action/>

IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

AS ATRAÇÕES que sentimos e nossas identidades são partes poderosas e íntimas de quem somos. Cada vez mais, as pessoas entendem que identidade de gênero e orientação sexual são aspectos da vida que não cabem em caixas. Nesse sentido, este capítulo aborda esses tópicos distintos, mas, por vezes, interligados, que afetam nossos relacionamentos conosco, com outras pessoas e com o mundo.

DESAFIANDO SEXO E GÊNERO

Sexo? Gênero? Essas duas palavras muitas vezes são usadas de forma intercambiável, mas há diferenças entre elas. Sexo geralmente é compreendido com base na genitália de uma pessoa (clitóris, vagina, pênis) e nos órgãos reprodutores (ovários, útero, testículos). Assim, esses detalhes anatômicos são pensados como definidores de uma pessoa como homem ou mulher. A partir disso, se a anatomia de uma pessoa não é claramente ou exclusivamente o que se entende por masculina ou feminina, usamos o termo intersexualidade¹, tema tratado no capítulo 1 deste livro.

Já o termo gênero ganha espaço a partir dos anos 1970 com profunda influência do movimento feminista. Com seu uso, busca-se evidenciar a diferença entre a dimensão biológica e a dimensão social, demonstrando que homens e mulheres são produtos da realidade social, e não somente decorrência da anatomia de seus corpos. O termo evidencia que características consideradas masculinas ou femininas são construídas socialmente em determinada cultura e em determinada época. Gênero, muitas vezes, é compreendido como referente à identidade de gênero, significando a percepção interna de si enquanto mulher, homem ou qualquer outro gênero, independentemente da biologia. Além disso, esse termo também é comumente relacionado aos papéis ou à expressão de gênero, muitas vezes ligados a comportamentos ou a características físicas consideradas masculinas ou femininas em determinada cultura e em determinada época.

IDENTIDADE DE GÊNERO: QUEM SABEMOS QUE SOMOS

Em nossa sociedade, de maneira geral, acredita-se que o gênero está diretamente relacionado ao sexo biológico. Então, se uma criança nasce com vagina, é considerada fêmea, chamada de menina e espera-se que cresça e torne-se uma mulher que age, veste-se e fala de uma forma considerada feminina em sua cultura e comunidade. Já uma criança que nasce com pênis é considerada macho, chamada de menino e espera-se que cresça e torne-se um homem que age, veste-se e fala de uma forma considerada masculina. Nessa forma binária de pensamento, nossos genitais – e não nossa percepção interna de nós mesmas – são o fator decisivo.

Muitas pessoas questionam a expectativa de que nosso sexo biológico deve ditar nossos atributos físicos, emocionais e psicológicos. E se ser mulher não tiver a ver com ter uma vagina (ou com não ter um pênis)? E se as pessoas não se identificarem com o binômio masculino/feminino? A forma como nos vemos e como outras pessoas nos percebem entre masculinidade, feminilidade e outras incontáveis formas de existir no mundo não pode ser restringida por apenas duas categorias simples como homem e mulher.

Ir além da concepção de duas identidades de gênero fixas, da compreensão binária masculino/feminino, é um novo desafio para muitas de nós. Algumas questionam e analisam a identidade de gênero que nos foi atribuída em nosso nascimento desde o início, outras a entendem como algo dado, especialmente se nossa expressão de gênero se encaixa nas normativas sociais daquilo que a sociedade espera de nós.

De onde vem o gênero? Sua origem não é totalmente compreendida – e pode não ser a mesma para todo mundo. A formação de identidade de gênero é provavelmente estabelecida por influências hormonais no útero, mas também é afetada por fatores sociais e culturais, incluindo as mensagens que recebemos da mídia e de nossas famílias e comunidades. Nossa identidade e/ou expressão de gênero podem mudar ao longo do tempo.

Um número crescente de feministas e de outras ativistas advogam pela expansão ou pela eliminação de uma ou mais normas de gênero para permitir uma gama completa de comportamentos e expressões humanas. Compreender que gênero é algo separado da anatomia sexual permite que nos expressemos de formas diversas daquelas que a sociedade dita em relação à nossa aparência e às nossas atitudes.

Quando vivemos em um mundo que abre uma pequena fresta apenas para o que é menos complicado em relação a esse tema, fica difícil achar um lugar para a nossa complexidade. Receio que isso nos influencie a deixar nossos gêneros inexplorados e tenho certeza de que isso não permite que nos expressemos das formas como gostaríamos. Assim como acontece com muitas coisas, não é difícil termos medo de gêneros que parecem perigosos, incomuns ou até mesmo novos.

Em função de vivermos em uma sociedade cisnormativa, muitas de nós enfrentamos enormes barreiras, mas, em geral, queremos apenas respeito a nossa identidade de gênero.

Como uma mulher trans, em alguns de meus relacionamentos com parceiros [não trans], senti como se estivesse sendo objetificada – eles falavam com frequência que era “legal” eu ser trans, como se eu estivesse “além” do gênero de alguma forma e fosse uma pessoa super-radical. Eles até se sentiam “subversivos” por estarem comigo, mas, na verdade, eu estava apenas sendo eu mesma e definitivamente não estou fora do gênero. Nunca nem quis isso. O meu gênero não me faz radical, ele é o que eu sou. Eu não queria ser vista como “além do gênero”, só queria ser vista da forma que eu me via e me vejo: como uma mulher.

IDENTIDADE DE GÊNERO: UM GLOSSÁRIO

A seguir, estão alguns dos termos² mais utilizados para descrever as identidades de gênero. Muitos deles se originaram em âmbitos médicos, acadêmicos ou ativistas, o que pode não abranger todas as perspectivas. Os termos são fluidos, mudam de sentido no decorrer do tempo e são usados de formas diversas por diferentes comunidades. Um termo que agrada uma pessoa pode ofender outra. Quando estiver em dúvida, é sempre bom perguntar quais termos as pessoas preferem.

Autodeterminação identitária: trata-se do princípio segundo o qual o reconhecimento do gênero de uma pessoa baseia-se em sua autodeclaração. Assumi-lo implica a defesa de alguns posicionamentos, como o acesso justo e desburocratizado à retificação dos documentos oficiais de identificação e políticas trans-inclusivas de acesso a banheiros públicos. Não existe nenhuma evidência de que as pessoas possam abusar ou, de fato, estejam abusando do princípio com o objetivo de causar danos a outras pessoas. Pesquisas já mostraram que políticas de uso do banheiro público baseadas na identidade de gênero, por exemplo, não levaram a um aumento do número de casos de violência nos banheiros³.

Cisgênero/Cissexual: pessoa cuja identidade de gênero se alinha ao gênero que lhe foi atribuído ao nascer, ou seja, pessoa que vive e se identifica com o sexo designado ao nascimento. Cisgêneros/cissexuais têm o privilégio de suas identidades jurídicas e de gênero serem garantidas e consideradas válidas, o que não acontece com homens trans, mulheres trans e travestis.

Expressão de gênero: é como uma pessoa se manifesta publicamente; trata-se da manifestação física da identidade de gênero de uma pessoa expressada por

meio de roupas, corte de cabelo, comportamentos, voz, características corporais e da forma como interage com outras pessoas. Sua expressão de gênero pode, ou não, se conformar aos comportamentos e às características femininas ou masculinas definidas socialmente.

Homem trans: identidade de gênero que se refere a uma pessoa que nasceu com genital considerado feminino e que reivindica seu reconhecimento social e legal como homem.

Identidade de gênero: a percepção que cada pessoa tem de si e como ela se identifica, seja como gênero masculino, feminino, nenhum dos dois ou como qualquer outro gênero. A sua identidade de gênero pode corresponder, ou não, ao gênero que lhe foi atribuído em seu nascimento.

Mulher trans: identidade de gênero que se refere a uma pessoa que nasceu com genital considerado masculino e que reivindica seu reconhecimento social e legal como mulher. Algumas pessoas questionam o uso de mulher trans e homem trans e preferem ser chamadas de homens e mulheres sem a menção do termo “trans”.

Não binários: identidade de gênero usada para descrever pessoas cuja identidade de gênero não é homem ou mulher; essas pessoas tampouco se identificam como inteiramente masculinas ou femininas. Essa identidade pode ser entre os gêneros, uma combinação de gêneros ou estar além deles. Podemos considerar a identidade travesti para além do binarismo homem-mulher, por exemplo.

Eu me identifico como não binária e, recentemente, também deixei de me identificar como mulher. Eu sou um pouco andrógine/masculine e gosto de misturar e brincar com a feminilidade para intencionalmente me levar para fora da minha zona de conforto no que se refere à apresentação de gênero, além de eu me divertir confundindo outras pessoas. Sou uma pessoa muito enraizada no feminismo e venho de uma longa linha de ancestrais feministas. Então, por mais que ultimamente eu tenha evitado palavras como mulher ou menina e tenha começado a usar pronomes neutros, também tenho me engajado em sair e tirar pessoas da zona de conforto visando expandir a definição da palavra “mulher” e incluir pessoas como eu.

Algumas pessoas não binárias não se identificam como homem ou mulher e não se consideram trans, visto que existem em um terceiro lugar.

Recentemente, tenho informado minha verdadeira identidade de gênero a outras pessoas. Sou andrógine – tanto homem quanto mulher. O sexo que me designaram quando nasci é irrelevante. Tenho visto cada vez mais e mais pessoas dizendo coisas como “de que sexo ele... ela... é?” – mas sempre para os meus amigos e amigas, nunca na minha cara. Estou achando isso muito satisfatório, apesar de que eu gostaria que as pessoas dissessem isso para mim. Eu realmente considero um elogio!

Não conformidade de gênero: diz respeito a pessoas cuja expressão de gênero não é nem claramente feminina nem claramente masculina ou que não se conformam com as expectativas de papéis de gênero estabelecidas na sociedade padrão.

Nome social: no Brasil, nome social refere-se ao nome próprio de pessoas transgêneras que não coincide com o nome registrado em seus documentos oficiais em função de suas identidades de gênero (tais como certidão de nascimento e cédula de identidade). As políticas públicas que determinam o uso do nome social visam respeitar a identidade de gênero das pessoas transgêneras em interações cotidianas e seu escopo atinge sobretudo os âmbitos da administração pública. A partir do momento em que uma pessoa transgênera retifica seu nome em documentos oficiais, ela prescinde dessas políticas. Como a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) referente à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4275 atinge apenas as pessoas maiores de idade, as políticas de nome social continuam sendo necessárias para pessoas trans menores de idade. As políticas de nome social também seguem necessárias para estrangeiros e qualquer pessoa transgênera que ainda não tenha retificado oficialmente seus documentos nos cartórios ou não deseja retificá-los independentemente do motivo. Uma pesquisa mostrou que a permissão do uso do nome social de crianças e adolescentes trans na escola, em casa e com os amigos foi capaz de reduzir significativamente os sintomas de depressão (71%), as tentativas de suicídio (34%) e os pensamentos suicidas (64%)⁴.

Trans: forma abreviada para se referir a transgênero.

Transexual: pessoa que vive ou se identifica de forma diferente da do sexo designado ao nascimento. Em *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity* (Garota expiatória: a experiência de uma mulher trans com o sexismo e a expiação do feminismo), a bióloga Julia Serano explica que usa o termo transexual para “se referir a pessoas que (em diversos níveis) lutam com uma compreensão ou intuição subjetiva de que há algo ‘errado’ com o sexo com o qual foram designadas em seu nascimento”. Para pessoas transexuais, o processo de mudar a apresentação de gênero pode variar entre modificar nomes e/ou usar determinados pronomes e se submeter a terapias hormonais e possivelmente a ci-

rurgias para deixar o corpo mais próximo a sua identidade ou performatividade de gênero. Devido ao preconceito reproduzido por alguns segmentos da comunidade médica, assim como aos altos custos médicos e à falta de cobertura dos planos de saúde, muitas pessoas transexuais não podem arcar com uma cirurgia e, em vez disso, usam roupas, maquiagem e maneirismos para viver de acordo com o gênero que entendem ser o seu. No Brasil, o termo também é usado para representar uma pessoa que nasceu com genital considerado masculino e/ou condição intersexo que reivindica o reconhecimento social e legal como mulher, ou com genital considerado feminino e/ou condição intersexo que reivindica o reconhecimento social e jurídico como homem. Embora historicamente a transexualidade tenha sido pensada por meio de um diagnóstico médico rígido pautado pelo desejo de realizar todas as formas de alterações corporais disponíveis, é digno de nota que o movimento de pessoas transexuais ressignificou o termo para além de definições estritamente médicas. Dessa forma, a realização de cirurgias ou o desejo de realizá-las não deve ser entendido como um critério para determinar a transexualidade “verdadeira”, pois muitas pessoas transexuais podem não desejar realizar procedimentos disponíveis para alteração corporal.

Transgênero: termo guarda-chuva que se refere a pessoas cuja identidade e/ou expressão de gênero não corresponde ao sexo designado ao nascimento. Transexuais travestis, não binários, andróginos e pessoas que se identificam com mais de um gênero são grupos que geralmente são incluídos no guarda-chuva do termo transgênero. *Drag kings* (mulheres que performam como homens) e *drag queens* (homens que performam como mulheres) muitas vezes o fazem como forma de expressão artística, podendo se identificar, ou não, como pessoa transgênera. De forma parecida, *cross-dressers* (homens que se vestem como mulheres ou mulheres que se vestem como homens) geralmente não se identificam como transgêneros. A transgeneridade não implica a orientação sexual; pessoas trans podem se identificar como heterossexuais, homossexuais, bissexuais, pansexuais, polisssexuais ou assexuais – podendo também considerar rótulos irrelevantes ou inaplicáveis.

Travesti: no Brasil e em outros países da América Latina, esse termo adquiriu um teor político de ressignificação, pois se trata de uma palavra que, historicamente, foi utilizada de forma pejorativa. Em certos aspectos, os estigmas relacionados à travestilidade ainda persistem. Esse termo deve ser empregado, via de regra, no feminino (“a travesti”), uma vez que se refere à identidade de gênero de pessoas que se identificam com o gênero feminino, oposto à designação de sexo atribuída em seu nascimento⁵. Pessoas transmasculinas não costumam se identificar como travestis. A noção de travesti ou travestilidade não corresponde a palavras em inglês, como *transvestite* ou *transvestism*, pois seus sentidos diferem. Uma mulher trans brasileira reflete a respeito do sentido da palavra:

Como o termo travesti foi visto com estigma durante muito tempo (e ainda é), muitas mulheres transexuais que têm condição de não ser vistas como travestis acabam evitando a denominação travesti. Eu mesma nunca me enxerguei como tal.

Outras mulheres trans, no entanto, consideram o termo travesti adequado para designar suas identidades, inclusive como forma de resistência à cisnormatividade. Parte significativa desse estigma decorre do fato de que muitas travestis exercem o trabalho sexual. Em que pese a necessidade de criação de políticas públicas de inclusão desse grupo no mercado de trabalho em razão da flagrante discriminação que sofre e de sua exclusão social, é preciso considerar, também, as reivindicações por melhorias do próprio exercício do trabalho sexual, ao invés de assumirmos simplesmente que ele deveria ser proibido por medidas repressivas. A ideia de que travestis se distinguiriam de mulheres transexuais em razão do desejo de realizar a cirurgia de redesignação sexual é falsa e reducionista. Outros estereótipos, como o da travesti “escandalosa” ou mesmo “perigosa”, devem ser avaliados criticamente e contextualizados tendo em vista a exclusão social a que esse grupo está exposto.

O ABC DA COMUNIDADE

Conforme o movimento LGBT foi se consolidando, a sigla utilizada por ele foi se expandindo. Atualmente, o termo LGBT+ incorpora pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, *queer*, intersexo, assexuais, entre outras. Essas inclusões são mais do que semânticas: são políticas, já que reconhecem a variedade de identidades de gênero.

A autora de *Whipping Girl*, Julia Serano, conta a história e explica o uso de cisgênero/cissexual:

Como cientista (área em que os prefixos “trans” e “cis” são bastante usados), essa terminologia parece bastante óbvia se a observamos em retrospecto. “Trans” significa “através” ou “do outro lado de”, enquanto “cis” significa “do mesmo lado que”. Então, se uma pessoa que teve um gênero designado ao nascer vem a se identificar e a viver como alguém de outro, ela é chamada de “transexual” (porque transicionou de um sexo para o outro). Logo, a pessoa que vive e se identifica com o mesmo sexo com o qual foi designada ao nascer é chamada de “cissexual”.

Cisgênero e cissexual são termos inclusivos. Isso significa que, ao usá-los, estamos evitando destacar as pessoas trans como diferentes ou anormais, além de afirmarmos que o espectro entre o cis e o trans é parte de uma variação natural.

Independentemente da identidade de gênero ou da orientação sexual, todas as pessoas têm o direito de se definir da forma como preferirem – e de ter sua escolha respeitada. Pode ser doloroso e estranho quando suposições são feitas a respeito da identidade de gênero de alguém com base apenas em sua aparência. Se você não sabe ao certo como uma pessoa se identifica ou qual pronome usar ao se referir a ela, pergunte educadamente. Joanne Herman, autora de *Transgender Explained for Those Who Are Not* (Transgeneridade explicada às pessoas que não são), explica que “nós preferimos mil vezes que você pergunte em vez de tentar adivinhar e errar. Além disso, ficamos muito descontentes quando usam uma palavra que nos coisifica”.

Além de “ele”, “ela”, “o” e “a”, as pessoas na comunidade trans usam a desinênciã de gênero “e” e pronomes alternativos como “elx”, “elu” ou “ilu”.

Alteração de registro civil

No dia 1º de março de 2018, o Supremo Tribunal Federal decidiu que é possível a alteração de registro civil por travestis e transexuais sem que seja necessária a realização de procedimento cirúrgico e a apresentação de laudos médicos.

Com isso, não é mais necessária qualquer autorização judicial para que seja realizada a alteração do registro civil ou, ainda, a comprovação de realização de procedimentos cirúrgicos ou acompanhamento médico ou psicológico – apenas o procedimento no cartório de registro civil é necessário.

Para orientar os Tribunais de Justiça e os Cartórios de Registro Civil sobre como proceder com a alteração do nome e do gênero das pessoas trans, o Conselho Nacional de Justiça editou o Provimento n.º 73 de 2018⁶.

A EXPERIÊNCIA TRANSEXUAL

Não há dúvidas de que desde muito cedo eu sabia que algo estava errado. Eu era uma garota, mas meus pais me deram o nome de John Joseph e insistiam que eu era um garoto.

De acordo com a quinta versão do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-5, em sua sigla em inglês) da Associação Americana de Psiquiatria, que é a fonte que profissionais de saúde mental consultam para diagnosticar doenças mentais, as pessoas transexuais têm disforia de gênero. A classificação é controversa, pois consta de um manual de transtornos mentais, o que patologiza, mesmo indiretamente, as identidades transgêneras.

Desde junho de 2019, a transexualidade não está mais na lista de doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo a entidade, a transexualidade passa a ser descrita como uma “incongruência de gênero” no interior da categoria de “condições relativas à saúde sexual”. A mudança reflete a percepção cada vez mais crescente de que o acesso a cuidados médicos relacionados à transição de gênero é mais bem expressado por meio de uma linguagem não psiquiátrica.

Muitas pessoas transexuais que podem pagar um plano de saúde fazem terapia hormonal para a transição – seja com estrogênio ou testosterona, a depender da expressão de gênero desejada. Algumas pessoas buscam uma ou mais cirurgias de modificação corporal. Para mulheres trans, as cirurgias podem incluir genitoplastia feminizante: criação de uma neovagina, geralmente a partir de tecido escrotal (alguns cirurgiões usam tecido do cólon); realocação da glândula do pênis para constituir um neoclitóris; e gonadectomia (remoção dos testículos). Os procedimentos também podem incluir aumento dos seios, redução do pomo de adão e cirurgia de feminização facial. Também está disponível uma cirurgia para alterar o tom de voz, mas seus resultados muitas vezes são decepcionantes, podendo resultar em rouquidão permanente.

Para homens trans, os procedimentos incluem redução dos seios ou mastectomia, remoção do útero e dos ovários e faloplastia ou metoidioplastia – que é tecnicamente mais simples e, portanto, mais barata. Ambas as cirurgias envolvem a criação do pênis a partir do clitóris aumentado por testosterona e do escroto com os grandes lábios – para isso, são utilizados enxertos de pele e próteses testiculares. Até hoje, a cirurgia genital tem sido mais satisfatória em termos físicos e de função sexual para mulheres trans do que para homens trans.

Por mais que hormônios e cirurgias de transição possam ajudar pessoas trans a ajustar melhor seus corpos a suas identidades, essas intervenções médicas são caras e muitas vezes não são cobertas pelos planos de saúde. Por essas e outras razões, muitas pessoas transexuais acabam vivendo seu gênero sem procurar cirurgias ou tratamento hormonal.

Como mencionado, no Brasil, em 2006, o SUS introduziu, por meio da “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, o direito ao uso do nome social, pelo qual travestis e transexuais se identificam e escolhem como devem ser chamados socialmente. O “Processo Transexualizador no SUS”, instituído pela Portaria SAS/MS nº 457/2008 e redefinido e ampliado pela Portaria GM/MS nº. 2.803/2013, passou a permitir o acesso a procedimentos com hormonização, cirurgias de modificação corporal e genital, assim como a acompanhamento multiprofissional⁷.

Para ter acesso aos serviços do processo transexualizador do SUS, é preciso solicitar encaminhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua residência. Os procedimentos mais procurados são a hormonização, seguidos de implantes de próteses mamárias e cirurgia genital em travestis e mulheres trans, assim

como mastectomia e histerectomia no caso dos homens trans. A faloplastia ainda é feita em caráter experimental no Brasil.

No Brasil, também dispomos dos seguintes instrumentos e fontes:

- Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis⁸ no município de São Paulo.
- Resolução n° 2.265/2019, que dispõe sobre o cuidado específico da pessoa com incongruência de gênero⁹, e o Parecer n° 8/2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM) à Defensoria Pública que trata de terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais¹⁰.
- Guia da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre disforia de gênero¹¹, de 2017;
- “Manejo clínico de sujeitos transexuais”¹², artigo publicado no *Archives of Endocrinology and Metabolism* (revista oficial da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia).
- Portal do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que reúne material sobre a despatologização das identidades trans e travestis¹³ (conferir publicações do CFP e dos Conselhos Regionais).
- Publicações como “Transexualidade, travestilidade e direito à Saúde”¹⁴ e “Transexualidade e Travestilidade na Saúde”¹⁵, ambas do Ministério da Saúde;
- “Cartilha da saúde do homem trans e pessoas transmasculinas”, do Núcleo de Homens Trans da Rede Trans¹⁶.

Léia de Lima Pereira, mulher trans, reflete sobre as questões de saúde da população trans tendo em vista algumas particularidades do contexto brasileiro:

Muitas pessoas se baseiam na descrição patologizante de travestilidade (travestismo), nos manuais de psiquiatria e no estereótipo de supostas diferenças intrínsecas entre travestis, transgêneros e transexuais – como se, por exemplo, a relação da pessoa com seu genital fosse o que a definisse, como se fosse necessário ter disforia para ser uma pessoa trans e poder ter acesso a cuidados de saúde. Como se não houvesse travestis que fazem ou pretendem fazer vaginoplastia e como se não houvesse mulheres trans que não desejam fazer vaginoplastia. Além disso, é importante haver atualização sobre procedimentos cirúrgicos diferentes (diferentes técnicas de vaginoplastia) para que se possa informar melhor os pacientes e para que não se atue com base em estereótipos. Além disso, ainda está muito em voga, em alguns lugares e círculos (não só de médicos), modelos extremamente transmisóginos e retrógrados sobre o que é ser trans, como, por exemplo, o modelo de autoginefilia¹⁷ – que toma o fato de uma mulher (trans) pensar-se eroticamente como mulher como algo fora do comum e patológico e a causa de a pessoa ser trans). A fenomenóloga trans Tália Mae Bettcher¹⁸ aborda esse

tópico com cuidado ao chamar a atenção para o caráter duplamente generificado do desejo: o gênero de quem deseja e o gênero de quem é objeto do desejo. Por tudo isso, uma formação médica atualizada e com um cuidado humanizado e despatologizante é de fundamental importância para que se entenda que homens trans não necessitam ter a expressão de gênero masculina, mulheres trans não necessitam ter a expressão de gênero feminina, pessoas não binárias não necessitam ser andróginas, e que não se pode aplicar dois pesos e duas medidas para pessoas trans, exigindo critérios que não se aplicam a pessoas cis.

É importante entender que não há uma transição homogênea que homens trans, mulheres trans e pessoas não binárias irão todes seguir. É importante entender que os desejos de caráter secundários podem não se dar de forma homogênea. Algumas pessoas podem desejar, por exemplo, desenvolver desejos de caráter secundário devido a hormônios ovarianos e não desejar desenvolver seios – ou não desejar desenvolver seios muito grandes. Nesse caso, é necessário que recebam acolhimento, seja pensando em formas diferentes de hormonioterapia (e também por isso a pesquisa médica é fundamental, porque praticamente não há estudos sobre essas outras formas de hormonioterapia), seja pensando em mastectomia.

É importante que também haja melhoras no setor farmacológico e a compreensão de que nem todas as pessoas vão se adaptar bem a um mesmo regime, como, por exemplo, à rota de administração. Também é importante que profissional no Brasil se atualizem em relação a formas diferentes de administração de hormônios. Não há comprimidos cujo uso sublingual seja possível, exceto o estradiol hemi-hidratado, mas em doses baixíssimas e com preço alto – esses comprimidos foram criados tendo em vista seu uso oral (seu sabor sob via sublingual ou bucal não é palatável). Além disso, não há hormônios injetáveis (que costumam ser prescritos em hormonioterapia no exterior) no Brasil que tenham apenas estrogênios – são todos ou com uma progestina extremamente antiga (a norestindrona) ou com uma progestina com apenas efeitos progestogênicos (a acetofenida de algestona), em altas doses, e com apenas uma baixa dose de estrogênios. Isso faz com que não haja opção viável para monoterapia em estrogênio, reduzindo as possibilidades de hormonioterapia para pessoas trans. Não adianta haver uma boa formação de profissionais de saúde sobre hormonioterapia sem que haja uma alteração também da indústria farmacológica a fim de fornecer um bom atendimento às populações trans e não binária.

Léia de Lima Pereira

Em seu relato, Léia também nos contempla com suas reflexões sobre a complexidade e a fluidez de sua experiência com a categoria gênero.

Sou uma mulher trans binária (não sou não binária) e também uma travesti, além de lésbica; no entanto, nem sempre tive esse gênero. Também sou estudante de filosofia e poeta. Durante boa parte de minha vida, fui estrita e absolutamente agênero, mesmo desejando hormonoterapia, cirurgias e transição social (não só em relação a pronomes neutros e a ser membro da comunidade não binária, mas também em relação a pronomes femininos, para poder expressar-me livremente na expressão de gênero feminina, embora também com elementos neutros e masculinos nessa expressão – uma expressão feminina não das que são ultra super mega femininas. Depois, tive um breve período de mulher não binária (demimulher, gênero parcial, como se a voz interna que diz meu gênero tivesse volume). Também, durante boa parte da minha vida, fui assexual e aromântica estrita. No meu caso, não foi eu ter me descoberto melhor porque, na verdade, sempre fui mulher binária lésbica. Ou que eu sou, na verdade, de gênero fluido, porque tive diferentes gêneros ao longo da vida. É mais como ter tido uma mudança abrupta do que uma fluidez. E fui agênero por 25 anos da minha vida (tenho atualmente quase 28 anos) e, hoje, é como se a mudança para ser uma mulher binária não fosse temporária ou sujeita a fluidez.

RECURSOS RECOMENDADOS PARA PESSOAS TRANS

Para muitas pessoas trans, a internet oferece conforto, suporte e informações relevantes:

Como mulher trans, percebi que a internet é crucial para mim, especialmente no que se refere à leitura de blogs e afins. Eu acho que é um dos únicos lugares (na mídia, de todo modo, sem contar as pessoas que eu conheci “no mundo real”) em que eu vi relacionamentos que ao menos chegavam perto dos meus desejos.

A seguir, estão alguns sites que podem ser consultados para mais informações:

- Aliança Nacional LGBTI+: aliancalgbti.org.br
- All Out: allout.org/pt
- Associação Brasileira de Intersexos (ABRAI): abrai.org.br
- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT): abglit.org/quem-somos
- Associação Brasileira Profissional pela Saúde Integral de Travestis, Transexuais e Intersexos (ABRASITTI): facebook.com/ABRASITTI
- Associação Internacional de Gays e Lésbicas (ILGA): ilga.org

- Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA): antrabrasil.org/category/saude
- Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS): fonatrans.com
- *Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Health Access Project* [Projeto de Acesso à Saúde para Gays, Bissexuais e Transgêneros]: glbthealth.org
- Lambda Legal: lambdalegal.org/know-your-rights/article/trans-health-care
- Mães pela Diversidade: maespeladiversidade.org.br/
- *National Black Justice Coalition* [Coalizão Nacional para a Justiça para Pessoas Negras]: nbjc.org
- *National Center for Transgender Equality* [Centro Nacional para a Igualdade de Gênero]: <https://transequality.org/know-your-rights/health-care>
- Observatório de Políticas Públicas para LGBTI+ no Brasil: aliancagbti.org.br/observatoriogbti/evidencias-observatorio-lgbti
- Observatório Trans: observatoriotrans.org
- Compilações teóricas e literárias: <https://drive.google.com/drive/folders/0B2Ys-DCQBGX-ubzIyMzBFQ3A2aDA?resourcekey=0-vo0I1zjIAadSGphx9IVpzZ-Q&usp=sharing>
- *Sylvia Rivera Law Project*: srlp.org
- *Trans Youth Family Allies*: imatyfa.org
- Transfeminismo: transfeminismo.com
- *Transgender Europe* (TGEU): tgeu.org
- *Transgender Law Center*: transgenderlawcenter.org
- *Transgender Legal Defense & Education Fund* [Fundo para Assistência Jurídica e Educação para pessoas Transgêneras]: transhealthproject.org
- *Trans-Health*: trans-health.com/resources
- *World Professional Association for Transgender Health* [Associação Profissional Mundial para a Saúde das Pessoas Transgênero]: wpath.org

QUESTÕES DE SAÚDE TRANSEXUAL

Existem poucos estudos prospectivos e de larga escala sobre a saúde transexual. De todo modo, o endocrinologista holandês Louis Gooren, fundador de uma inovadora clínica trans na *Free University Medical Center* [Centro Médico da Universidade Livre], em Amsterdã, reportou o acompanhamento de mais de três mil pacientes por trinta anos. As boas notícias são que as pessoas trans atendidas pela clínica não tinham maior risco de morrer prematuramente do que pessoas cisgêneras. Apesar de, como era de se esperar, homens e mulheres trans na clínica holandesa se depararem

com algumas das questões de saúde que serão mencionadas adiante, geralmente essas pessoas sofrem das doenças de seu gênero afirmado: doenças cardíacas eram comuns em homens trans, assim como em homens cis, provavelmente influenciadas pelo aumento de gordura abdominal/visceral e por altos níveis de colesterol e triglicérides. Já as mulheres trans tendiam a ganhar excesso de peso e eram mais suscetíveis a desenvolver síndrome metabólica – um grupo de fatores de risco (incluindo alta pressão arterial, colesterol elevado e resistência à insulina) que ocorrem em conjunto e aumentam o risco de doença coronária arterial, acidente vascular cerebral e diabetes tipo 2.

As terapias hormonais de transição de gênero são centrais para o tratamento de afirmação de gênero para muitas, senão para a maioria, das pessoas transexuais. Ao mesmo tempo, a terapia hormonal traz riscos. O grande estudo randomizado, controlado pela Iniciativa de Saúde da Mulher [*Women's Health Initiative – WHI*], investigou as formas de terapia hormonal reprodutiva em mulheres em pós-menopausa e demonstrou riscos elevados de derrames, coágulos de sangue e câncer de mama. Mulheres trans que não tiverem seus testículos removidos devem consumir altos níveis de estrogênio para suprimir a testosterona. Isso aumenta seus riscos de desenvolver doença tromboembólica – desenvolvimento de coágulos de sangue – e requer um monitoramento de saúde atento e regular. Comentando seu estudo de três mil pacientes, o Dr. Louis Gooren destacou um estrogênio particular:

o uso do hormônio feminino etinilestradiol [componente da pílula anticoncepcional, mas usado por mulheres em altas doses] foi associado ao aumento da taxa de morte cardiovascular e derrames. Mas esse não foi o caso das usuárias antigas que, por exemplo, já consumiram etinilestradiol, mas hoje ingerem outro tipo de estrogênio.

Para homens trans, a metiltestosterona ingerida oralmente em altas doses pode causar danos ao fígado. O consumo de hormônios de transição, portanto, pode criar problemas específicos de saúde para pessoas transexuais.

A Sociedade de Endocrinologia publicou uma listagem on-line de condições médicas que podem ser exacerbadas pela terapia hormonal de transição. *Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*¹⁹ [Tratamento endócrino de pessoas transexuais: Orientações Clínicas da Sociedade de Endocrinologia] é um guia detalhado e baseado em evidências de 2009, com fatores de risco e protocolos de recomendação. O livro *Fenway Guide to LGBT+ Health*²⁰ [Guia Fenway de Saúde LGBT+] é outra excelente fonte de informações e aborda o funcionamento sexual, observando que a terapia de hormonização feminizante

“tende a reduzir a libido e a diminuir a função erétil e a ejaculação”, enquanto a testosterona é conhecida por aumentar a libido.

Se você é uma pessoa trans e está em terapia hormonal, é vital que você tenha acesso a profissionais de saúde que compreendam as implicações do tratamento hormonal de transição no decorrer de toda a vida. Eles deverão checar e tratar regularmente possíveis efeitos colaterais e riscos, assim como se manter atualizados com estudos futuros que podem revelar quais formas e aplicações de hormônios apresentam menos riscos. Infelizmente, a falta de cobertura de planos de saúde priva muitas pessoas trans de ter o cuidado necessário.

NEGATIVAS DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE

Em geral, visto que a transgeneridade é definida como uma condição psiquiátrica, os planos de saúde estadunidenses não cobrem tratamento hormonal ou cirurgias de afirmação de gênero para pessoas trans. Esses procedimentos frequentemente estão disponíveis apenas para aqueles que conseguem arcar com a assistência médica particular.

Uma das diversas consequências para a saúde resultante dessa desigualdade está no fato de que pessoas trans que não têm acesso ou que não podem pagar pelo tratamento acabam procurando hormônios de transição com amigos, nas ruas ou on-line. Assim, não se beneficiam de uma triagem cuidadosa, com controle de qualidade, dosagens apropriadas e acompanhamento médico, tão importantes quando alguém está em processo de hormonização. Um grande risco ao obter hormônios de transição sem prescrição se dá pelo compartilhamento de agulhas, o que pode levar a exposição a HIV e hepatite. A testosterona geralmente é administrada por injeção, de modo que esse é um problema para homens trans. Mulheres trans que se frustram com a presença de pelo facial ou com as tentativas sem sucesso de suavizar o tom de voz podem recorrer a injeções com altas doses de estrogênio. Outro perigo são os preparados de testosterona oral disponíveis popularmente, muitas vezes consumidos por fisiculturistas, que podem causar danos fatais ao fígado.

Em 2008, a Associação Profissional de Saúde das Pessoas Transgênero (*World Professional Association for Transgender Health* – WPATH) emitiu um parecer público encorajando uma mudança na visão desses tratamentos como clinicamente necessários. A diretoria da WPATH:

convoca profissionais da saúde e seguradoras de todo o mundo a eliminar exclusões de transgêneros e transexuais, oferecendo cobertura para essas pessoas incluindo serviços de redesignação sexual clinicamente prescritos, necessários para seu tratamento e bem-estar, assim como para garantir que seus cuidados contínuos de saúde (tanto de rotina quanto especializados) sejam facilmente acessados.

O Dr. Norman Spack, defensor de longa data e profissional da saúde para jovens e adultos trans, compara o sistema estadunidense a outros modelos internacionais: “nos Países Baixos e na Bélgica, o sistema nacional de saúde cobre todos os custos relativos à avaliação e ao tratamento de pessoas transgênero, incluindo crianças. A discrepância na cobertura dos planos de saúde nos diferentes países levanta questões sobre as decisões das empresas estadunidenses de seguro saúde”²¹.

EXAMES DE SAÚDE EM ÓRGÃOS REPRODUTIVOS

Muitas pessoas trans não podem arcar com os custos ou escolhem não passar por cirurgia para remover seus órgãos reprodutivos. A longo prazo, sua saúde geralmente requer o exame de partes do corpo e de órgãos associados ao gênero com o qual você não se identifica. Exames de Papanicolau para homens trans são um exemplo. Profissionais da saúde que estão à frente dos cuidados de saúde para pessoas trans têm desenvolvido protocolos para uma aproximação sensível e respeitosa para esse exame crucial. O Centro de Saúde Sherbourne (*Sherbourne Health Center* – checkitoutguys.ca) atende homens trans que precisam realizar exames de Papanicolau e oferece material impresso com dicas para profissionais da saúde. O *Femway Guide* observa que alguns homens trans que não conseguem tolerar exames pélvicos consideram passar pela histerectomia completa.

Exames do tecido mamário também podem ser um problema para homens trans. De acordo com a Sociedade Americana de Câncer (*American Cancer Society*), pode haver risco de câncer de mama até mesmo depois de uma cirurgia de redesignação sexual, como a de reconstrução torácica, porque o tecido da parede muscular da mama permanece. Células do tecido mamário podem estar presentes na região do mamilo, assim como em toda a área torácica.

Houve alguns relatos de câncer de próstata em mulheres trans, mas, visto que o estrogênio é um dos tratamentos para essa doença, elas provavelmente já tinham essa questão de saúde antes de começar o tratamento hormonal de transição.

A seguir, selecionamos alguns trechos do relato de Guilherme Calixto Vicente²², transmasculino, que narra sua experiência frustrante de realizar o Papanicolau pelo SUS em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) perto de sua casa:

Ir à UBS da Vila Ema nunca foi ruim para mim, sempre me senti acolhido e respeitado – foi lá, inclusive, que eu atualizei minha carteirinha do Sistema Único de Saúde (SUS), deixando o nome e o sexo antigos para trás e atualizando com o meu novo Eu: Guilherme Calixto Vicente, sexo masculino. [...] O ponto é: o SUS compreende e considera o meu raciocínio? E, se o faz, como ele diferencia os corpos testiculados, ovariados ou intersexo (assim que deveríamos chamá-los, e não

“masculino” ou “feminino”) um dos outros, independentemente de gênero? Porque, no fim das contas, estamos falando de saúde, de algo que tem a ver com o corpo, o metabolismo, e esses três modos de ser diferem uns dos outros (sobretudo o intersexo, que é múltiplo por si só). [...] Tinha uma salinha específica para isso, no final do corredor. Quando chamaram meu nome, fiquei feliz – chamaram meu nome pra fazer esse exame, e isso é uma vitória. O Eu de 14 anos estaria orgulhoso. Fechei o livro – meu melhor amigo nos momentos de ansiedade –, levantei e fui. Primeiro conversei com uma enfermeira. Ela perguntou se eu me relacionava com homens ou mulheres, com quantas pessoas eu estava transando atualmente e se eu usava camisinha. Eu disse que usava quando dava, porque, com algumas pessoas, simplesmente não existe preservativo pensado para a dinâmica dos nossos corpos juntos, e ela não entendeu bem, falou que era necessário usar sempre (como se fosse possível). Depois disso, saí da sala e eu fiquei sozinho esperando a médica. Meu coração estava saindo pela boca. Olhava ao redor procurando alguma ameaça – nada, tudo tranquilo. A médica chega, me pergunta se eu já tinha feito antes e minha resposta negativa não só a impressiona como também gera um olhar de complacência. Troco a minha roupa por um aventalzinho de hospital e sigo as instruções dela: deito numa maca, arreganho as pernas para uma completa desconhecida e ela me penetra – mas definitivamente não estamos transando, é algo estritamente profissional (ainda que sexo também possa ser algo estritamente profissional). Antes de colocar o espêculo, ela me mostra, me diz como vai ser (colocar o espêculo, abrir um pouco, passar uma espátula lá dentro, tirar a espátula, tirar o espêculo) e avisa: “vou colocar agora, tá?”. [...] Como tudo na vida, o exame acabou. Eu saí da maca, coloquei minha roupa, joguei o avental fora e percebi que tinha passado por uma das experiências mais horríveis da minha trajetória: o meu primeiro Papanicolau. Tão pior que o exame em si foi como eu fiquei no resto daquele dia, com uma crise de ansiedade horrível e intensa, sem que eu conseguisse identificar o porquê daquilo – eu mal conseguia falar. Era uma quinta-feira.

Passados alguns dias, fui buscar o resultado do exame. Para minha surpresa, ele não estava disponível. Uma médica me explicou que o laboratório devolveu meu exame porque tinham percebido um erro fundamental: o meu nome. Como alguém chamado Guilherme Calixto faria um exame ginecológico? Como alguém do sexo masculino, um homem, faria um Papanicolau? Oras, o envio só poderia estar errado. Eu fiquei atônito – a transfobia finalmente me reencontrara, me impedindo de viver todas as esferas da minha vida plenamente – nesse caso, a esfera da saúde. A médica, então, propôs que eu fizesse um outro exame, que seria enviado para o laboratório sinalizando que eu sou “homem trans”. Entendi a situação e topei. Fiz o exame novamente em menos de dois meses. Na segunda vez não foi tão ruim, talvez porque eu já estivesse acostumado e psicologicamente fortalecido. Quando fui buscar o resultado do exame

fiquei sabendo que o plano das médicas tinha falhado: mesmo indicando que eu sou uma pessoa trans, o exame foi devolvido sem ser analisado por causa do cissexismo. As consequências do meu corpo não ser inteligível dentro do SUS faz com que eu não saiba se tenho alguma infecção vaginal, como candidíase ou vaginose bacteriana, infecções sexualmente transmissíveis, como HPV ou gonorreia, cistos e até mesmo câncer de colo de útero. Em entrevista que realizei com Ana Thaís Vargas, médica ginecologista e obstetra, ela me informou que homens trans e lésbicas cis são os grupos com maior risco de morrer de câncer de colo de útero por falta de triagem, já que, por serem maltratados/as pelo serviço de saúde, eles e elas evitam realizar consultas e exames, diminuindo a chance de prevenção e cuidado dessa doença. E se eu tiver câncer de colo de útero? Não vou saber. Não vou poder tratar. Eu, e tantos outros iguais a mim, morreremos. Primeiro simbolicamente, depois materialmente. Além do meu direito a saúde sexual e reprodutiva não ser atendido porque a existência do meu corpo não é tida como possível, essa invisibilização se materializa como necropolítica, conceito desenvolvido por Achille Mbembe (2018) e que diz respeito à forma como o Estado, ao invés de colocar limites sobre violência e direitos, acaba por criar “zonas de morte”, nas quais certos corpos, sobretudo os não brancos, são descartáveis através de ações de “deixar morrer”.

Felizmente, a partir de decisão do STF proferida no Dia Internacional do Orgulho LGBT, em 29 de junho de 2021, que determina que o Ministério da Saúde garanta o pleno acesso a consultas e exames a todas as especialidades médicas independentemente do registro de gênero, casos como o de Guilherme não deverão mais ocorrer.

O STF garante o respeito à identidade trans e travesti

Em junho de 2021, na ADPF 787²³, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou²⁴ que o SUS deve adotar medidas em respeito à identidade de gênero de pessoas trans e travestis, de modo a garantir que as marcações de consultas e de exames de todas as especialidades médicas sejam realizadas independentemente do registro do sexo biológico da pessoa registrada.

É necessário garantir aos homens e mulheres-trans acesso igualitário a todas as ações e programas de saúde do SUS, especialmente aqueles relacionados à saúde sexual e reprodutiva, como agendamento de consultas nas especialidades de ginecologia, obstetrícia e urologia, independentemente de sua identidade de gênero, sendo fundamental eliminar obstáculos burocráticos que possam causar constrangimento a pessoa e atraso no acesso a prestação de saúde.

Ministro Gilmar Mendes na ADPF 787

QUESTÕES DE FERTILIDADE

Hormônios de transição reduzem a fertilidade, e essa redução pode ser permanente mesmo que os hormônios sejam descontinuados. Algumas mulheres trans escolhem armazenar esperma antes do tratamento com estrogênio ou da remoção cirúrgica dos testículos para preservar a opção de ter descendentes biológicos no futuro. Homens trans que fazem terapia hormonal com testosterona e depois a interrompem podem voltar a ovular, mesmo que os ciclos menstruais tenham sido interrompidos. Portanto, há risco reduzido, mas não totalmente ausente, de engravidar. Os ovários de homens trans têm óvulos. Apesar de haver um procedimento médico para coletar e preservar os óvulos congelados para que os homens trans possam doar óvulos para a pessoa com quem se relacionam, essa opção geralmente não está disponível e o tempo de vida dos óvulos congelados é limitado.

INTERVENÇÕES MÉDICAS EM ADOLESCENTES TRANSEXUAIS

A puberdade coloca adolescentes transexuais em extremo risco, visto que seus corpos desenvolvem características sexuais secundárias – crescimento do pênis e de pelos faciais ou aumento dos seios e menstruação – de um gênero em que se sentem estranhos e indesejados. Adolescentes transexuais apresentam alto risco de depressão, de automutilação, de abuso de álcool e outras drogas, assim como de suicídio, já que é difícil que pessoas com menos de 18 anos tenham acesso a um tratamento médico adequado. Nos Estados Unidos, há poucos programas de endocrinologia pediátrica ou medicina adolescente que atendem adolescentes trans.

Seguindo um modelo desenvolvido nos Países Baixos, a Clínica de Gestão de Gênero (*Gender Management Service Clinic*) do Hospital Infantil de Boston (*Boston Children's Hospital*) oferece tratamento hormonal temporário para interromper a puberdade em adolescentes que, depois de cuidadosa triagem, foram diagnosticados com disforia de gênero. Esse tratamento, que é completamente reversível, dá a adolescentes mais dois anos para decidirem se querem tomar os passos irreversíveis de terapia hormonal e cirurgia para transição. Atrasar o desenvolvimento secundário de características sexuais pode reduzir o ostracismo e o sofrimento psicológico, assim como a necessidade de, mais adiante, fazer cirurgias de redução de seios ou de remoção de pelos faciais. Entrevistado em 2010, o Dr. Spack disse: “nós estamos começando a ver um grande sucesso. Esses pacientes não estão tentando cometer suicídio, sofrem menos *bullying* nas escolas, apresentam melhor relacionamento e a mamoplastia pode não ser necessária”.

Confira duas publicações de Beatriz Pagliarini Bagagli para mais informações sobre a saúde de pessoas trans:

- “Três verdades mais importantes sobre a saúde da população trans”²⁵
- “Cinco mitos mais comuns sobre crianças e jovens transgêneros”²⁶

EDUCAÇÃO TRANS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A maioria dos profissionais da saúde ainda não aprendeu a tratar pessoas trans com compreensão ou cuidado respeitoso. Um homem trans, cuja ginecologista temia que tivesse câncer de ovário, foi enviado para uma cidade próxima para fazer um ultrassom e descobriu que, apesar dos esforços de sua médica, a unidade de saúde não estava preparada para atendê-lo.

Eu disse meu nome e informei que estava lá para fazer um ultrassom e checar se havia a possibilidade de câncer em meus ovários. A atendente olhou pra mim e falou: “mas você é um homem”. Eu expliquei que sou transgênero e que não tinha feito cirurgia. Ela olhou para mim e depois para meu prontuário e disse novamente, como se eu fosse muito lento, “você é homem, você não tem ovários”. Percebi que a palavra transgênero não tinha sentido para ela. Ela me disse que logo voltaria. Depois de esperar pelo menos 15 minutos, a pessoa que era minha parceira disse: “vou ver o que está demorando tanto”. Ela voltou e disse: “todo mundo foi embora. O lugar está vazio. Está escuro”. Por mais aterrador que tenha sido, nós ainda rimos sobre o absurdo que foi tudo isso.

Até que eu possa fazer as cirurgias que preciso, vou continuar indo ao consultório da ginecologista regularmente para que, se eu tiver câncer de mama, de ovário ou de útero, ele possa ser detectado cedo. Infelizmente, não posso pagar as cirurgias, então eu estou de mãos atadas por enquanto. Enquanto eu tiver órgãos femininos em meu corpo, vou ter que fazer exames ginecológicos mesmo sendo um homem.

Quer tenha feito mudanças legais, passado por cirurgia ou não, você tem direito à dignidade de ter seu nome e pronome escolhidos respeitados. No Brasil, usar um nome com o qual se identifica e ser reconhecido por ele é um direito, principalmente para pessoas transexuais e travestis, que devem ser chamadas pelo nome que representa o gênero com o qual se identificam. O Decreto Presidencial nº 8.727, de 28 de abril de 2016, dispõe sobre o uso social e sobre o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal; serve, além disso, como parâmetro para que estados e municípios também adotem o uso do nome social.

Sempre que encontro recursos sanitários que são inclusivos para pessoas trans, dou um profundo suspiro de alívio. Acho que homens e mulheres trans precisam de um apoio mais evidente e de maior acessibilidade a clínicas e a salas de aula, assim como pessoas que não transicionam fisicamente, mas que vivem situações sexuais, sociais e sanitárias que dificilmente são abordadas.

ORIENTAÇÃO SEXUAL

A orientação sexual está situada em um espectro. Mesmo que as pessoas encontrem uma orientação sexual com a qual mais se identificam, podem sentir atração e ter relacionamentos que não estão de acordo com esse rótulo, o que faz com que a orientação sexual seja capaz de ser transformada ao longo da vida.

Eu não me identifico com nenhum rótulo de sexualidade. Eu era heterossexual no início do ensino médio, então vivi dois anos de uma experiência assexual e, depois disso, vim para um mundo adorável e misturado, que resiste a rótulos.

Como a orientação sexual pode ser foco de preconceito, algumas de nós reivindicamos termos que são historicamente negativos, como *bicha*, *veado* e *sapatão*, para usá-los de forma afirmativa para nos descrever. Esse é um ato político que busca reivindicar e retirar o poder desses insultos. Rejeitar rótulos é outra forma de resistência. A seguir, confira uma seleção²⁷ não exaustiva de termos sobre orientação sexual.

Assexual: pessoa que não sente nenhuma atração sexual por gênero algum.

Bissexual: pessoa que se relaciona de forma afetiva e sexualmente com outras do mesmo gênero e de outros.

Gay: pessoa do gênero masculino (cis ou trans) que tem desejos, práticas sexuais e/ou relacionamento afetivo-sexual com outras pessoas do gênero masculino.

Heterossexual: pessoa que sente atração afetivo-sexual por pessoas de gênero diferente do seu, em uma lógica binária – e bastante questionável – de que existem gêneros opostos.

Homossexual: pessoa que se sente atraída sexual, emocional ou afetivamente por pessoas do mesmo sexo/gênero.

Lésbica: pessoa do gênero feminino (cis ou trans) que tem desejos, práticas sexuais e/ou relacionamento afetivo-sexual com outras pessoas do gênero feminino.

Orientação sexual: capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas²⁸.

Pansexualidade: trata-se de uma orientação sexual, assim como a heterossexualidade e a homossexualidade. O prefixo *pan* vem do grego e se traduz como “tudo”. Isso significa que pessoas pansexuais podem desenvolver atração física, amor e desejo sexual por outras pessoas, independentemente de sua identidade de gênero ou sexo

biológico. A pansexualidade é uma orientação que rejeita especificamente a noção de dois gêneros e até de “orientação sexual específica”²⁹.

CONFUNDINDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO

Muitas de nós confundimos identidade de gênero e orientação sexual. Identidade de gênero é sobre quem nós somos, enquanto orientação sexual é sobre por quem nos sentimos atraídos. Ser cisgênero ou transgênero não determina se uma pessoa será heterossexual, bissexual ou lésbica.

A confusão de identidade de gênero com orientação sexual dá origem a estereótipos equivocados. Por exemplo, algumas pessoas acreditam que, se uma mulher é lésbica, ela deve ter uma expressão de gênero masculina – em outras palavras, ela deve manter o cabelo curto, não usar maquiagem e se vestir como homem. Da mesma forma, alguns acreditam que, se uma mulher tem uma aparência masculina, ela deve ser lésbica. No entanto, ser lésbica ou bissexual não significa que nossa expressão de gênero será de determinada forma.

O fato de eu ser feminina (isto é, ter aparência e modo de ser entendidos dessa forma) confunde as pessoas, que muitas vezes me dizem que não “pareço ser lésbica”.

Pessoas transgênero podem se identificar como heterossexuais, lésbicas, bissexuais, gays, pansexuais ou *queer*. Algumas pessoas que transitam de gênero descobrem que sua orientação sexual muda durante esse processo. Dessa forma, orientação de gênero e orientação sexual interagem dinamicamente, em vez de serem estáticas³⁰.

Quando meu parceiro iniciou a transição de gênero, minha identidade lésbica tinha sido central na minha vida e na consciência que eu tinha de mim mesma por bem mais de uma década; eu não sabia o que a transição dele faria comigo. Algumas pessoas diziam que era “óbvio” que eu ainda era lésbica, mas também era óbvio para outras pessoas que agora eu era hétero ou bissexual. Nada era óbvio para mim, e eu lutei contra isso durante muito tempo. Agora eu sou parceira de um homem trans pelo mesmo tempo que fui lésbica e estou confortável não tendo um nome para aquilo que eu sou. Penso em mim como parte de uma família de pessoas queer e trans.

EXPERIÊNCIA LÉSBICA E BISSEXUAL

A segunda década do século 21 é uma época promissora para as mulheres que têm relações íntimas e/ou sexuais com outras mulheres. Com questões importantes para as comunidades lésbica, gay, bissexual e transgênero cada vez mais presentes nos noticiários, mais pessoas em todo o país e ao redor do mundo estão reconhecendo quem somos e apoiando nosso modo de vida. O debate sobre o reconhecimento legal do casamento entre pessoas do mesmo sexo envolveu todo o país. Mais e mais programas de televisão e filmes tentam retratar nossas vidas, mesmo que nem sempre de maneira precisa ou adequada. Muitas pessoas em posição de poder e autoridades – políticas, empresariais e celebridades – estão se assumindo com orgulho. Graças, em grande parte, à militância de dentro da comunidade LGBTQ+ e à crescente ênfase em histórias de pessoas que se assumiram, muitas mulheres que amam mulheres estão vivendo mais livre e abertamente que nas gerações passadas.

BISSEXUALIDADE

Aquelas de nós que sentem atração tanto por mulheres quanto por homens vivemos a orientação sexual de muitas maneiras diferentes. Algumas de nós têm relacionamentos sérios com mulheres e homens, às vezes ao mesmo tempo, e outras se relacionam apenas com mulheres ou apenas com homens, sem responder a outro tipo de atração.

Pensar em nós mesmas como “bi” pode refletir o sentido de que a orientação sexual é um aspecto fluido de nós mesmas que muda ao longo da vida. Pode acontecer de “bi” ser um lugar de parada durante a transição de uma orientação para outra, apesar de não ser a regra.

Com o tempo, podemos descobrir que a identidade bissexual se torna menos significativa quando o contexto é uma parceria de vida com alguém. No entanto, para muitas de nós, a identidade bissexual é, ao longo da vida, uma parte orgulhosa e essencial da nossa natureza. Mesmo uma mulher que tenha uma parceria de vida monogâmica pode se identificar como bissexual, pois essa classificação reflete sua capacidade inerente de atração entre gêneros.

Eu sou uma mulher que namorou principalmente homens, mas tive dois relacionamentos rápidos com mulheres. Estou em um relacionamento sério com um homem. Ele é um aliado da causa feminista maravilhoso, articulado e sensível com quem espero me casar; e, sim, ele sabe das minhas experiências no passado e está aberto para que eu continue a ter relacionamentos com mulheres. Meu desejo por mulheres não está baseado em uma falha do meu atual companheiro, mas, em vez disso, na necessidade de outra coisa, algo diferente, uma coisa similar – tudo o que encontro nas mulheres.

Bissexuais são frequentemente rotuladas como confusas e estigmatizadas. Uma mulher de 35 anos escreve:

Sei que me interessava por ambos os sexos desde os seis ou sete anos. Mas, por ter sido criada em uma casa católica conservadora, a minha família não aceitava relações entre pessoas do mesmo sexo. Aos 20 anos, quando comecei a faculdade, também comecei a explorar relações com mulheres e, aos 30 anos, comecei a fazer algo em relação a isso. Eu amo estar com outra mulher, a conexão é algo que não posso colocar em palavras. Quando falei com meu parceiro sobre ser bissexual, ele pensou que fosse só uma “fase”, apesar de ter dito muitas vezes que gosto de estar com uma mulher. Então, agora, ele prefere não falar sobre eu ser bi. Sinto que estou me distanciando por ele não estar aberto a como me sinto. Quando ele disse “é só uma fase”, foi como se ele duvidasse de quem eu sou. Doeu.

Nas últimas décadas, ativistas bissexuais têm se envolvido em grandes enfrentamentos para questionar estereótipos comuns, como a ideia de que a orientação bissexual é algo que as pessoas tomam para si apenas quando não estão prontas para se assumir totalmente como lésbicas ou gays ou a concepção de que bissexuais são oportunistas que logo abandonam relacionamentos com pessoas do mesmo gênero e privilegiam a conexão com o gênero oposto. Também continuamos negando o estereótipo de que bissexuais são inerentemente promíscuas, e ativistas bi também lutam para que sejam nominalmente incluídas e reconhecidas pelas organizações sociais e políticas em que participam.

SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS: QUESTÕES ESPECÍFICAS

Mulheres lésbicas e bissexuais têm algumas preocupações de saúde diferentes das mulheres heterossexuais. Uma pesquisa feita nas últimas duas décadas revelou uma série de fatores que podem levar a cuidados de saúde preventiva e a diagnósticos menos frequentes e tratamentos tardios para as mulheres que fazem sexo com mulheres. Mais informações sobre os problemas de saúde listados a seguir podem ser encontradas no já citado Guia Fenway para a Saúde LGBTQ+ (*Fenway Guide to LGBTQ+ Health*).

Exame de câncer

O intervalo de tempo entre os exames de Papanicolau (para câncer de colo de útero) é quase três vezes mais longo para as lésbicas do que para as mulheres heterossexuais. Além disso, as taxas de triagem do câncer de colo de útero são mais baixas

para as lésbicas do que para as mulheres heterossexuais, o que gera preocupações sobre mulheres lésbicas não serem adequadamente diagnosticadas ou tratadas.

Estresse

O estresse que está associado à dificuldade de falar sobre a orientação sexual e a muitos anos de exposição a discriminações pode afetar negativamente a saúde de lésbicas e bissexuais. Algumas pesquisas indicam que essas mulheres têm maiores taxas de doenças cardíacas do que as mulheres heterossexuais e que as pessoas que sofreram discriminações por causa de sua orientação sexual, raça e etnia são mais propensas a ter pressão alta. Estudos também sugerem que não falar sobre a orientação sexual pode ser associado a menor satisfação na vida, menor autoestima, depressão e suicídio, abuso de substâncias, atraso na procura de tratamento médico e aumento do risco de doenças.

Consumo de tabaco e álcool

Mulheres lésbicas estão mais propensas a comportamentos como fumar e beber álcool, o que as coloca em maior risco para desenvolver certos tipos de câncer.

Fumo

Em 1987, a Pesquisa Nacional sobre Saúde Lésbica (*National Lesbian Health Care Survey*) realizada pela Fundação Nacional da Saúde Gay e Lésbica (*National Gay and Lesbian Health Foundation*) descobriu que aproximadamente 30% das mulheres lésbicas fumavam em comparação com cerca de 23% das mulheres heterossexuais. Mais de uma década depois, a Iniciativa da Saúde da Mulher (*Women's Health Initiative – WHI*), em um estudo com mulheres com idades entre 50 e 79 anos de idade, descobriu que o dobro de mulheres lésbicas relatou ser fumante em comparação com as mulheres heterossexuais.

Uso de álcool

A pesquisa do mencionado Guia Fenway sugere um aumento das taxas de consumo abusivo de álcool entre as lésbicas em comparação com outras populações e indica que o consumo dessas substâncias entre as lésbicas não diminui significativamente com a idade, como acontece na população em geral. O consumo de álcool está associado a muitos problemas de saúde, incluindo câncer de mama, e pode afetar as escolhas sobre práticas sexuais mais seguras, colocando uma pessoa em maior risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

Ao contrário da crença popular, mulheres que fazem sexo com outras mulheres podem ter IST. Pesquisas mostram que muitas mulheres que fazem sexo com outras

mulheres já tiveram ou continuam tendo relações sexuais com homens; portanto, têm todos os fatores de risco tradicionais para contrair IST de homens. Além disso, a transmissão de IST foi notificada mesmo na ausência de história de contato com homens: por exemplo, HPV (sigla em inglês para o papilomavírus humano) e herpes genital ocorrem entre mulheres que fazem sexo com mulheres e que relatam não terem tido contato sexual anterior com homens. Lésbicas também têm uma maior incidência de vaginose bacteriana, e as mulheres podem transmitir candidíase e tricomoníase para suas parceiras femininas. Infecções vaginais não tratadas podem deixar uma pessoa mais suscetível à transmissão de HIV e outras IST.

Câncer de mama

O principal fator de risco para o câncer de mama é a idade; outros fatores de risco incluem histórico familiar, aumento da massa corporal e não ter dado à luz. Apesar da presunção de que os dois últimos fatores podem colocar lésbicas em maior risco de ter câncer de mama, não há um estudo controlado randomizado que mostre um aumento de câncer de mama nessa população.

NOS ASSUMINDO PARA NÓS MESMAS

“Assumir-se” é o processo de aceitação e afirmação da nossa orientação sexual ou identidade de gênero, bem como o processo de decidir o quanto seremos abertas sobre a questão. Antes de nos assumirmos para os outros, geralmente nos assumimos para nós mesmas, reconhecendo que sentimos atração por pessoas do mesmo sexo ou que não nos identificamos com as características do gênero que nos é atribuído no nascimento.

Por crescermos em uma cultura que supõe que todo mundo é heterossexual e que o gênero é determinado pela genitália, ter consciência e aceitar nossa identidade é, muitas vezes, um processo gradual. O ato de se assumir pode acontecer em qualquer idade e fase da vida. Uma mulher que lutou contra a sua orientação sexual relata:

Me assumir como lésbica foi a coisa mais difícil que eu fiz. Tentei de tudo para “evitar” ser homossexual. Tentei ficar afastada de mulheres, mas, finalmente, depois de muitos anos, comecei a me sentir muito mais confortável com a ideia.

Outra mulher conta que não poderia se assumir até realmente ter tido uma parceira mulher, “o que parece aquela coisa do ovo e da galinha; se não me assumo, fica difícil conhecer mulheres”.

Uma mulher de 29 anos se lembra de uma dinâmica similar que a fez ir mais devagar:

Parte da razão pela qual eu e minha namorada levamos tanto tempo para nos relacionarmos sexualmente foi que, quando nos conhecemos, ela pensou que eu fosse hétero. Eu não sabia como corrigi-la. Quando eu era adolescente e comecei a me apaixonar perdidamente por garotas e mulheres que conhecia, me perguntei se era lésbica, mas descartei essa ideia, porque eu também tinha sentimentos por garotos. Pensei em me identificar como bi, mas eu estava perdida sobre como confirmar minhas afirmações de identidade com “provas”, já que eu não tinha nenhuma experiência com homens e nem com mulheres. Quando percebi que estava apaixonada por ela, senti uma enorme ansiedade, não pelo que eu sentia, mas por ter que provar para ela, sem ter qualquer experiência anterior com mulheres, que eu estava sexualmente interessada por ela. Também questioneei essa certeza que eu tinha de que era ela que eu desejava e que meu desejo era de natureza sexual — uma dúvida pessoal que eu não acho que teria se a pessoa pela qual eu estivesse apaixonada fosse um homem. Não acho que eu teria pensado: “ai, meu Deus, e se eu descobrir que simplesmente não gosto de garotos?”.

Para informações e orientações sobre como encontrar cuidados de saúde especializados se você for LGBT+, não deixe de ler a parte “Contra a homofobia, transfobia e heterossexismo”, que se encontra mais adiante neste capítulo.

Algumas de nós se assumem mais de uma vez para si mesmas; podemos nos assumir como lésbicas ou bissexuais, por exemplo, e depois como transgêneros ou transexuais e vice-versa. O processo de questionamento da nossa identidade de gênero e orientação sexual pode ser extremamente desafiador, mas nos aceitarmos por quem somos é, frequentemente, um alívio. Depois de tentar suicídio mais de uma vez, esta mulher tomou uma decisão:

Aos 45 anos, me declarei mulher e, de uma maneira saudável e sóbria, trabalhei para unir meu corpo, alma e espírito em uma mulher completa. Isso levou cinco anos. Hoje, meu corpo é meu... Minha certidão de nascimento diz “feminino”.

SE ASSUMINDO PARA A FAMÍLIA, PARA AS PESSOAS PRÓXIMAS E PARA O MUNDO

Contar a outras pessoas sobre nossa identidade de gênero ou orientação sexual pode ser um desafio e uma mudança de vida. Cada uma de nós deve decidir indi-

vidualmente o quanto quer compartilhar com a família, com as amigas e com conhecidos.

Levei 27 anos até decidir que sou lésbica, e tenho muito orgulho de ser. O processo de me assumir significou, para mim, ganhar e perder amigos. Minha família fez escolhas em relação a continuar a manter relações comigo ou não. De qualquer forma, cresci como uma mulher que amava mulheres. Agora tenho 40 anos e estou gostando de estar com a mulher dos meus sonhos. Não consigo entender o motivo de ter levado tanto tempo.

Algumas de nós se assumem com relativa facilidade e se sentem acolhidas por suas famílias:

Eu só entendi que havia a transição de mulher para homem há cerca de dois meses atrás. Durante toda a minha vida, soube que a transição de homem para mulher chamava muita atenção, afinal, por que alguém desistiria de ser homem? Mas, naquele dia, minha mãe estava cozinhando um molho. Somos daquelas famílias italianas, acho que me ofereci para mexer o molho... Hipnoticamente, enquanto mexia, comecei a falar e, quando dei por mim, já estava contando para ela. Ela não ficou animada e, quase quatro anos depois, ainda não está, mas ela é a minha aliada mais forte na família. Ela é uma ótima mãe.

Outras enfrentam grandes dificuldades com o círculo familiar:

Meu pai... Era importante na luta pelos direitos civis nos anos 1960 (como um homem branco). Nos Estados Unidos, ele marchou em Chicago, Washington etc. Mas ele teve muitos problemas para aceitar minha condição trans e queer, mesmo que ele fingisse que não (eu acho), porque isso não se encaixava na sua visão de mundo como educador, liberal e ativista.

RECURSOS PARA JOVENS LGBT+

Existem adolescentes de diferentes identidades de gênero e orientação sexual por todo o país, nós só precisamos nos encontrar. É totalmente normal se sentir confusa, depressiva e irritada por se entender diferente. Além disso, é preciso lidar com a reação negativa das pessoas diante das diferenças. É importante encontrar colegas e adultos que possam te compreender e com os quais é possível se identificar. Algumas escolas têm

alianças gay/hétero que promovem o Dia do Silêncio (dayofsilence.org) para chamar atenção para o que é anti-LGBT+, como xingamentos, *bullying* e assédios. Confira os vídeos no site do projeto Tudo Melhora (*It Gets Better Project* – itgetsbetter.org).

Algumas cidades, como São Paulo, possuem serviços públicos de atendimento à população LGBT+ e oferecem atendimento jurídico, psicológico e social³¹. Além disso, também é possível buscar apoio em organizações que atuam como o tema na sua cidade, como a Casa 1³², em São Paulo, uma organização que possui um centro de acolhida para pessoas LGBT+, um centro cultural e oferece atendimentos psicoterápicos continuados e plantão de escuta, além de atendimentos psiquiátrico, nutricional e de terapias complementares. No Rio de Janeiro, a Casinha³³ oferece atendimento emergencial-pontual ou contínuo, além de encaminhamento para uma ampla gama de profissionais da rede socioassistencial e outras organizações parceiras.

Em universidades públicas, como a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Universidade de São Paulo (USP), também há ambulatórios de gênero que atendem crianças e adolescentes. Geralmente, são programas integrados, com atendimento em psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia e arteterapia.

Aqui temos o relato de uma mulher que se sentiu pressionada a se assumir:

“Quanto mais gente se assumir, mais vai diminuir o estigma” – isso é algo que eu ouço muito. No entanto, se assumir é perigoso e impossível para muitas pessoas por causa da sociedade. Para as pessoas que conseguem se assumir abertamente, isso é ótimo, e eu concordo que ajuda a diminuir o estigma, mas o peso de consertar as atitudes da sociedade não deve ser das vítimas que sofrem com essas atitudes.

Outro relato, dessa vez de alguém que demorou a contar para os pais:

Eu sou caloura na faculdade e ainda não me assumi para os meus pais. Alguns anos atrás, meu pai perguntou se eu era lésbica. Eu respondi, com muita hesitação, “não”, porque estava com medo...

Ele disse: “Bom, porque eu não quero uma porra de uma sapatona como filha”. Essas palavras me destruíram e eu acabei atrasando a decisão de me assumir para os meus pais. A maioria das pessoas que me conhece (inclusive meus irmãos) sabe da minha orientação. Eu ainda estou esperando para contar aos meus pais, por medo de que eles me mandem embora ou parem de pagar minha faculdade.

Muitas pessoas transsexuais não têm escolha a não ser se assumir, pois as mudanças físicas são, frequentemente, muito visíveis. A natureza pública do processo de transi-

ção pode ser extremamente difícil. A geógrafa Petra Doan conta sobre o seu primeiro dia de trabalho depois da cirurgia de modificação corporal e genital:

Assim que eu entrei no prédio, senti que estava no olho de um furacão, no centro calmo de uma tempestade de expectativas de gênero. Enquanto eu caminhava pelo corredor, percebia que as conversas paravam quando eu me aproximava e os olhares se voltavam para o mais recente espetáculo de um “circo de horrores”. À medida que eu passava em frente de cada escritório, havia um silêncio misterioso, seguido pelo alvoroço das pessoas comentando sobre a minha aparência. Algumas pessoas só olharam, outras vieram falar como eu era corajosa e uma pessoa me disse que eu parecia “exatamente como uma mulher”. Outra pessoa me deu uma amostra do que é ser objetificada quando me disse, com orgulho, que eu era sua primeira transexual.

MÚLTIPLAS IDENTIDADES

A experiência de viver como uma pessoa que se sente atraída pelo mesmo gênero varia de acordo com classe, gênero, raça, religião, deficiências e outros aspectos das nossas vidas. Mulheres negras, por exemplo, são julgadas com mais frequência ou rejeitadas pelas suas comunidades e, ao mesmo tempo, muitas vezes experimentam discriminação racial dentro das próprias comunidades LGBTQ+, como pode ser visto no texto “Qual a cor do Invisível? A situação de direitos humanos da população LGBTQI negra no Brasil”³⁴.

Ainda, conforme dados da pesquisa “Dossiê dos assassinatos e da violência contra Travestis e transexuais brasileiras em 2020”, 80% dos casos de assassinatos contra pessoas trans no Brasil tem como vítimas mulheres trans e travestis negras³⁵.

Eu era a única negra abertamente queer na minha faculdade. Quando saí do segundo ano, meus amigos negros me apoiavam, ainda que muitas vezes fossem reservados quando eu estava por perto. Muitos deles eram religiosos e muito conservadores socialmente. Outros nunca tinham conhecido uma pessoa queer. Havia sempre alguma coisa entre nós que não era dita. Será que eu ainda era tão negra quanto eles? Será que a minha namorada branca era um sinal de que eu tinha traído minha raça, a negritude e os meus amigos? Quem eram essas novas pessoas brancas e queer com quem eu agora estava passando meu tempo? Muitas das minhas amigas e amigos negros se tornaram meus maiores aliados quando aprenderam e cresceram junto comigo. Com aqueles que não fizeram isso, perdi contato rapidamente. Mas minha raça nunca virá separada da minha orientação sexual, e vice-versa.

A poeta e ativista negra Pat Parker escreveu para o Movimento em Negro (*Movement in Black*) sobre seu sonho de uma sociedade que poderia acolher suas múltiplas identidades:

Se eu pudesse levar todas as minhas partes comigo aonde quer que eu fosse, sem ter que dizer: “não, você fica em casa esta noite, você não é bem-vinda, porque eu estou indo para uma festa em que todos são brancos e onde eu posso ser gay, mas não negra”. Ou: “estou indo a um sarau de poesia negra e metade dos poetas é anti-homossexual”, ou outras milhares de situações em que alguma coisa daquilo que eu sou não pode estar comigo. No dia em que todas as diferentes partes de mim puderem aparecer ao mesmo tempo, teríamos aquilo que eu chamaria de revolução.³⁶

A interseccionalidade precisa ser internalizada em todas as suas dimensões pelos movimentos LGBTQ+ e negro. Pensar em branquitude e em cisgeneridade possibilita compreender alguns dos silêncios do movimento LGBTQ+ diante das desigualdades que afetam as vidas mais vulneráveis dessa população, demonstrando o quanto a ideologia do branqueamento, ao estabelecer os valores e as urgências dos brancos como os únicos valores, norteia também o movimento LGBTQ+ e define quais serão as bandeiras defendidas e quais serão deixadas de lado³⁷.

Lésbicas, bissexuais e pessoas transexuais com deficiência enfrentam também outros desafios, incluindo homofobia ou transfobia dentro da própria comunidade de pessoas com deficiência. Por outro lado, eventos organizados por comunidades de pessoas LGBTQ+ que não apresentam deficiências, muitas vezes, não são totalmente acessíveis e não atendem às necessidades de todos.

Acho que se eu fosse apenas queer seria fácil dizer, bem, nós só precisamos acabar com a discriminação contra pessoas queer, e só precisamos que as pessoas hétero vejam que somos exatamente como elas. Considerando que, por eu ser queer e ter uma deficiência... É como se de repente, ah, quer saber? Temos uma ideia merda sobre o que é normal e que não se aplica, de verdade, a ninguém. Ninguém se encaixa nisso, eu especialmente, e não há nenhuma maneira de me encaixar mesmo que a discriminação contra as pessoas queer termine.

Mulheres gordas também sofrem discriminação dentro das comunidades hétero e LGBTQ+. As pessoas presumem que somos homossexuais porque não conseguimos encontrar um homem ou que somos assexuais.

Eu sou uma pessoa branca de 25 anos, com formação universitária, transexual não binária, com deficiências, que mora no Norte da Califórnia. Também sou gorda e defensora da aceitação do tamanho das pessoas. É muito frustrante o quanto a percepção sobre nossos corpos influencia nossa percepção sobre os valores dos relacionamentos. Eu com certeza já tive aquele sentimento de “tenho muita sorte de estar com alguém que não sente repulsa por mim” e também fui explorada por causa disso; as pessoas me usavam com a certeza de que eu não iria reclamar por ter medo das consequências. E, no geral, eu gosto do meu corpo! Mas eu sei que as construções sociais que permeiam a nossa vida fazem com que as outras pessoas pensem que ele não é aceitável.

CONTRA HOMOFOBIA, HETEROSSEXISMO E TRANSFOBIA

Sua escola ou seu local de trabalho acolhem bem as pessoas LGBTQ+ ou a orientação sexual e a identidade de gênero são completamente ignoradas e motivo de piadas cruéis e degradantes? Se você se assumiu, sua família te dá apoio ou há familiares que fazem você se sentir indesejada, a não ser que você “mude”? Algumas culturas nos ensinam a temer e a odiar tudo que é diferente da heterossexualidade e da cis-genericidade. Esse ódio machuca todas nós, não importa qual seja nossa orientação de gênero ou identidade sexual. Além disso, nos coloca contra amigos, familiares, nos priva de relações importantes e nos faz negar atrações ou identidades que são certas para nós. Como consequência, impede que muitas pessoas reconheçam publicamente amizades com pessoas *queer* ou transexuais.

O heterossexismo é a suposição – em indivíduos e na política pública – de que a heterossexualidade é a única orientação normal.

Somos literalmente as mesmas duas pessoas, mas, depois da transição do meu parceiro, minha mãe começou a enviar cartões de aniversário e a convidá-lo para eventos familiares. Pensei que ela teria dificuldade com isso, mas ela ficou tipo: “Maravilha! Agora a minha filha tem um parceiro de quem posso realmente falar para os meus amigos!”.

A LGBTQfobia “é o termo utilizado para compreender as violências cometidas contra a população LGBTQ+ e se apresenta como uma série de atitudes ou sentimentos negativos em relação às pessoas LGBTQ+, motivadas pela orientação sexual e/ou sua identidade de gênero”³⁸.

A LGBTfobia internalizada – aquele medo incômodo da incompetência, de ser muito diferente, de não ser amada – ainda fica rondando minha mente. Mas, ao acordar todos os dias... cada vez que faço algo positivo, a LGBTfobia dentro de mim tem menos poder. Cada vez que fazemos algo positivo um para o outro, a LGBTfobia na sociedade tem menos poder.

O heterossexismo e a LGBTfobia levam a leis e práticas que negam direitos a pessoas LGBT+. Em diversos lugares, pessoas LGBT+ são impedidas de se casar e de receber cobertura do seguro de saúde da pessoa que é sua parceira. São comuns discriminações no ambiente de trabalho, e os meios de comunicação muitas vezes ignoram ou deturpam identidades de gênero não cis ou orientações sexuais que se distanciam da heterossexualidade. Materiais educativos essenciais para o sexo seguro, quando apresentados nas escolas, muitas vezes omitem relações entre pessoas do mesmo sexo.

Vale sempre lembrar que situações de violência e discriminação afetam desproporcionalmente as pessoas transexuais e travestis. Para se ter uma ideia, de acordo com dossiê lançado em 2021 pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (Antra) e pelo Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE), o Brasil segue como o país que mais assassina pessoas trans do mundo, sendo a sua expectativa de vida de apenas 35 anos³⁹.

Bruna Benevides, da Antra, em sua fala perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, ilustrou a gravidade da violência contra pessoas LGBT+:

Se hoje a estimativa de vida das pessoas trans no Brasil é de 35 anos, é porque existe uma política de morte contra corpos que não são reconhecidos como legítimos, que assume uma agenda antitrans e contra os direitos da população LGBT+⁴⁰.

O dossiê lançado em 2020 também traz um dado alarmante sobre uma pesquisa realizada por ocasião do mês de enfrentamento da LGBTfobia no mundo que revela que 99% das pessoas LGBT+ participantes afirmam não se sentirem seguras no Brasil.

Como uma pessoa não binária com corpo feminino, escolho usar o banheiro feminino, mas muitas vezes me vejo lidando com comentários ou olhares desagradáveis e, algumas vezes, ameaças e agressões físicas ou verbais. Como resultado, evitei usar banheiros públicos, o máximo possível, durante 17 anos, e o resultado é que agora desenvolvi problemas urinários.

Para pessoas trans, é difícil ter acesso a diversos serviços públicos, como atendimento médico de emergência, consultas de saúde de rotina e centros de acolhida, porque esses espaços são segregados por sexo. A discriminação no sistema de saúde resulta, muitas vezes, na falta de cuidados médicos necessários. Pessoas negras trans e de baixa renda também são afetadas pelo racismo e pela discriminação de classe, o que extrapola as dificuldades enfrentadas pelas pessoas trans em geral.

Ninguém fala das dificuldades mentais enfrentadas antes – e especialmente depois – da transição. Por exemplo, ser transexual e sapatão. Ser referida como “ele” em grupos lésbicos. Como ser banida de lugares, como o Festival de Música Michigan Womyn’s.

O QUE FAZER EM CASOS DE VIOLÊNCIA LGBTFÓBICA?

No ano de 2019, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a demora do Congresso Nacional em legislar sobre a proteção penal da população LGBTQ+, equiparando a LGBTQfobia ao crime de racismo (previstos na Lei nº 7.716/1989). Assim, caso você seja vítima de LGBTQfobia, pode buscar apoio em Defensorias Públicas, Comissões da Diversidade Sexual e de Gênero das OAB do seu estado, Núcleos Especializados de Prática Jurídicas nas universidades (que prestam assessoria gratuita a populações em situação de vulnerabilidade), ONGs LGBTQ+ e ativistas de direitos humanos. Todos esses espaços e pessoas podem ajudar em um processo de denúncia, oferecendo orientações necessárias para que você possa decidir como prosseguir.

Caso você queira a responsabilização criminal da pessoa que cometeu a violência LGBTQfóbica, também é possível lavrar um boletim de ocorrência em uma delegacia comum, especializada (se houver na sua cidade) e, até mesmo, de forma virtual. Travestis, mulheres transexuais e mulheres intersexo podem procurar a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) ou a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) em caso de violência motivada por gênero, requisitando, ainda, o uso do nome social e o respeito à sua identidade de gênero ou condição de intersexualidade, inclusive no registro de ocorrência.

Para mais informações sobre como realizar esse procedimento, é possível acessar a “Cartilha de orientações à população LGBTQI no combate à LGBTQIfobia”⁴¹.

Há, ainda, estados e cidades que contam com Conselhos LGBTQ+, Coordenações de Políticas LGBTQ+ (ou de Diversidade Sexual e de Gênero), lugares onde é possível dar início a procedimentos administrativos e não necessariamente criminais. Procure se informar em seu estado para utilizar todos os mecanismos que estão à sua disposição.

AVANÇOS DOS DIREITOS LGBT+ NO BRASIL

Como resultado da pressão das organizações da sociedade civil sobre o Estado, alguns avanços⁴² na pauta LGBT+ foram conquistados, como você confere a seguir.

1. **Programa Brasil Sem Homofobia:** lançado em ano 2004: “teve como objetivo promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais, mediante uma articulação entre diferentes ministérios e a sociedade civil”⁴³. O programa previa uma série de instrumentos para a proteção das pessoas LGBT+.
2. **Política Nacional LGBT+:** visa “promover a saúde integral da população LGBT+, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo”⁴⁴.
3. **União estável homoafetiva:** em 2011, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a união estável homoafetiva. Atualmente, é vedado aos cartórios a recusa de habilitação, celebração de casamento civil ou de conversão de união estável em casamento entre pessoas de mesmo sexo.
4. **Registro civil da pessoa trans:** após decisão do Supremo Tribunal Federal no ano de 2018, pessoas travestis e transexuais que desejam alterar seu nome e gênero podem fazê-lo em qualquer cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais do Brasil. A alteração não depende de autorização judicial, laudo médico ou cirurgia de redesignação sexual. Para mais detalhes sobre como realizar a alteração do registro civil, acesse o “Guia para retificação do registro civil de pessoas não cisgêneras”⁴⁵ ou a cartilha “Eu existo: alteração do registro civil de pessoas transexuais e travestis”⁴⁶.
5. **LGBT+fobia como crime de racismo:** como já apontado, no ano de 2019, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a demora do Congresso Nacional em legislar sobre a proteção penal da população LGBT+, equiparando a LBGT+fobia e a transfobia aos crimes de racismo.

Apesar de serem importantes avanços institucionais, que tiveram impactos positivos para a vida de diversas pessoas LGBT+, essas medidas não conseguiram frear a forte violência que existe contra essa população no país. Ainda há muito o que avançar e é necessário o engajamento de toda a sociedade.

NOTAS

1. Intersexualidade é um termo guarda-chuva que descreve pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como sendo tipicamente masculinos ou femininos. Toni Reis (org.), “Manual de Comunicação LGBTI+”, Curitiba, *Aliança Nacional LGBTI+/GayLatino*, 2018. Disponível em: <https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>
2. Para definição dos termos, utilizamos como referência os seguintes materiais: (1) Toni Reis (org.), “Manual de Comunicação LGBTI+”, Curitiba, *Aliança Nacional LGBTI+/GayLatino*, 2018. Disponível em: <https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>. (2) UNAIDS, “Guia de Terminologia do UNAIDS”, 2017. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/09/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS_HD.pdf. (3) GLAAD, “Media Reference Guide 2016” [Guia de referência para a mídia], 2016. Disponível em: <https://www.glaad.org/reference>. (4) CV Viverito e Pri Bertucci, “Inclusão de pessoas transgêneras e não binárias no local de trabalho brasileiro”, *Diversity Bbox/Out and Equal*, 2020. Disponível em: <https://outandequal.org/wp-content/uploads/2020/07/TransNonBinary-Brazil-Workplace-Final.pdf>
3. Amira Hasenbush, Andrew Flores e Jody Herman, “Gender identity nondiscrimination laws in public accommodations” [Leis contra a discriminação de identidade de gênero em equipamentos públicos], *Sex. Res. Soc. Policy*, v. 16, p. 70-83, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-018-0335-z>
4. Stephen, Russel, Amanda Pollitt, Gu Li e Arnold Grossman, “Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth” [Nome social está relacionado à redução de sintomas depressivos, ideias suicidas e comportamento suicídio em jovens transgêneros]. *Journal of Adolescent Health*, v. 63, n. 4, p. 503-505, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29609917/>
5. Definição adotada pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Disponível em: <https://antrabrazil.org/sobre/>
6. Informações sobre como pode ser realizada a alteração do registro civil podem ser encontradas no seguinte documento: Associação Nacional de Travestis e Transexuais, “Projeto Eu Existo – alteração do registro civil para pessoas trans”, 2018. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2018/11/cartilha-alteracao-nome-e-genero2.pdf>
7. Bruna Benevides, “Como acessar o SUS para questões de transição”, *AntraBrasil*, 27 de julho de 2020. Disponível em: <https://antrabrazil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>
8. Ana Paula Andreotti Amorim (org.), “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, *Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo*, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf

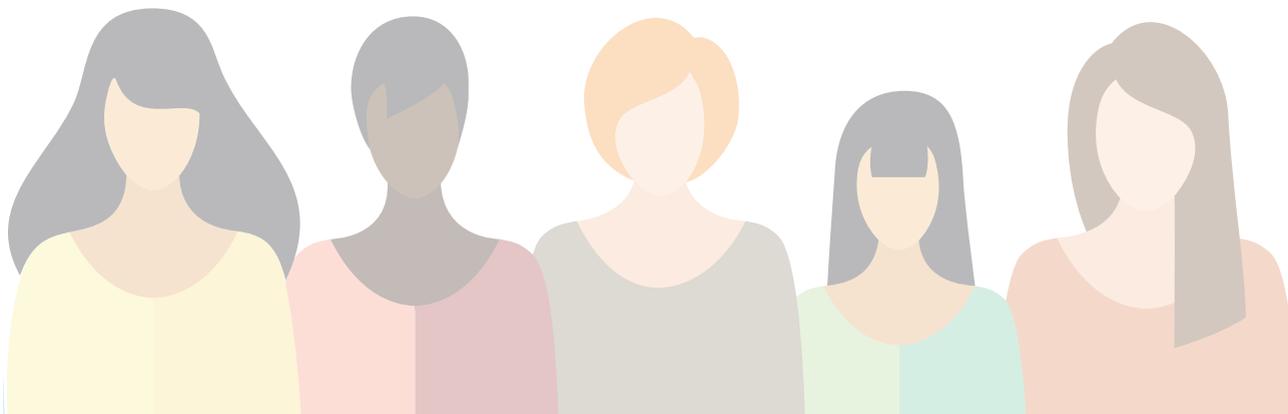
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.265/2019 que dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010 <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294C>
10. Conselho Federal de Medicina. Parecer 8/13 à Defensoria Pública sobre terapia hormonal para adolescentes transexuais e travestis. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2013/8>
11. Departamento Científico de Adolescência, “Guia Prático de Atualização: disforia de gênero”, *Sociedade Brasileira de Pediatria*, n. 4, julho de 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf
12. Elaine Costa e Berenice Brilharinho, “Manejo clínico de sujeitos transexuais”. *Arq Bras Endocrinol Metab*, vol.58, n.2, p.188-196, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-2730000003091>
13. Conselho Federal de Psicologia, “Despatologização das identidades trans e travestis”. Disponível em: <https://despatologizacao.cfp.org.br/>
14. Margareth Arilha, Thaís Lapa e Tatiane Pisaneschi “Transexualidade, travestilidade e direito à saúde”. Oficina Editorial, 2010. Disponível em: https://dadospdf.com/download/comissao-de-cidadania-e-reproducao-coleao-_5abd8081b7d7bc0142fa447d_pdf
15. *Transexualidade e travestilidade na saúde*, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf
16. Núcleo de Homens Trans da Rede Trans Brasil, “Saúde do homem trans e pessoas transmasculinas”, *Rede Trans Brasil*, 2018. Disponível em: <http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Cartilha-Homens-Trans.pdf>
17. Julia M. Serano “The Case Against Autogynephilia” [Contra a autoginefilia], *International Journal of Transgenderism*, v. 12, n. 3, p. 176-187, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.514223>
18. Talia Mae Bettcher, “When Selves Have Sex: What the Phenomenology of Trans Sexuality Can Teach About Sexual Orientation” [Quando o self faz sexo: o que a fenomenologia da sexualidade trans pode nos ensinar sobre orientação sexual], *Journal of Homosexuality*, v. 61, n. 5, p. 605-620. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.865472>
19. Wylie C. Hembree, Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal, Louis J. Gooren, Walter J. Meyer, III, Norman P. Spack, Vin Tangpricha, Victor M. Montori, “Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline”. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 94, n. 9, p. 3132-3154, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>; e “Corrigendum to: Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline”, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 106, n. 7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab315>
20. Harvey Makadon, Jennifer Potter, Kenneth Mayer e Hilary Goldhammer (org.), “The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health”, ACOG, 2015. Disponível em: <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/textbook/>

21. Norman Spack, “Transgenderism”. *Medical Ethics*, v. 12, n. 3, 2005.
22. O relato foi originalmente publicado no trabalho de conclusão de curso do autor: Guilherme Calixto Vicente, “Direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boycetas e não-binários: uma luta por reconhecimento e redistribuição de saúde pública no Brasil”, FGV, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/download/46847/25914>
23. Min. Gilmar Mendes, “ADPF 787 – Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 787”, *Supremo Tribunal Federal*, Distrito Federal, 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/gilmar-manda-ministerio-saude-adotar.pdf>
24. Sérgio Rodas, “Gilmar Mendes manda Ministério da Saúde adotar medidas para trans e travestis”, *Conjur*, 28 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-jun-28/gilmar-manda-saude-adotar-medidas-transexuais-travestis#:~:text=Direito%20igualit%C3%A1rio&text=O%20direito%20C3%A0%20sa%C3%BAde%20C3%A9,para%20pessoas%20transexuais%20e%20travestis>
25. Beatriz Pagliarini Bagagli “3 verdades mais importantes sobre a saúde da população trans”. *Medium*, 27 de setembro de 2021. Disponível em: <https://biapagliarinibagagli.medium.com/3-verdades-mais-importantes-sobre-a-sa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-trans-2ba50dc0bd23>
26. Beatriz Pagliarini Bagagli “Cinco mitos mais comuns sobre crianças e jovens transgêneros”. *Medium*, 6 de setembro de 2021. Disponível em: <https://biapagliarinibagagli.medium.com/5-mitos-mais-comuns-sobre-crian%C3%A7as-e-jovens-transg%C3%AAneros-77b60ea9af65>
27. Para definição dos termos, utilizamos como referência os materiais indicados na nota 2.
28. Definição retirada dos “Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero”, *Tratado Internacional*, Yogyakarta, Indonésia, 2006. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf
29. Toni Reis (org.), “Manual de Comunicação LGBTI+”, Curitiba, *Aliança Nacional LGBTI+ / GayLatino*, 2018. Disponível em: <https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>
30. Beatriz Pagliarini Bagagli, “Orientação sexual na identidade de gênero a partir da crítica da heterossexualidade e cisgenderidade como normas”. *Letras escreve*, v. 7, n. 1, p. 137-164, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18468/letras.2017v7n1.p137-164>
31. Mais informações na Coordenação de Políticas para LGBTI+ da Prefeitura de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/lgbti/
32. Casa 1, Centro de Acolhida LGBT. Disponível em: <https://www.casaum.org/centro-de-acolhida/>
33. Casinha Acolhida. Disponível em: <https://www.instagram.com/casinhaacolhida/?hl=pt> e <https://www.facebook.com/casinhaacolhida/>
34. Isaac Porto, “Qual a cor do Invisível? A situação de direitos humanos da população negra LGBTI no Brasil”, *Instituto Internacional sobre Raça, Igualdade e Direitos Humanos*, 2020.

- Disponível em: https://raceandequality.org/wp-content/uploads/2020/11/FINAL_dossie-lgbti-brasil-ebook.pdf
35. Bruna Benevides e Sayonara Nogueira, “Dossiê dos assassinatos e da violência contra Travestis e transexuais brasileiras em 2020”, *Expressão Popular/Antra Brasil*, 2021. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>
 36. Pat Parker, *Movement in Black*. Ithaca, NY: Firebrand Books, 1999.
 37. Isaac Porto, “Qual a cor do Invisível? A situação de direitos humanos da população negra LGBTI no Brasil”, *Instituto Internacional sobre Raça, Igualdade e Direitos Humanos*, 2020. Disponível em: https://raceandequality.org/wp-content/uploads/2020/11/FINAL_dossie-lgbti-brasil-ebook.pdf
 38. Bruna Benevides, “O que fazer em caso de violência LGBTIfóbica”, *Antra Brasil*, 2020. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2020/03/cartilha-lgbtifobia.pdf>
 39. Bruna Benevides e Sayonara Nogueira, “Dossiê dos assassinatos e da violência contra Travestis e transexuais brasileiras em 2020”, *Expressão Popular/Antra Brasil*, 2021. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Ver também as pesquisas anuais sobre os assassinatos de travestis no site da Antra Brasil. Disponível em: <https://antrabrazil.org/assassinatos/>
 40. Bruna Benevides, “PS174: Audiencia sobre población AFRO-LGBTI”. *Comisión Interamericana de Derechos Humanos*, 12 de novembro de 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=syupQBWvlf8&feature=emb_logo
 41. Bruna Benevides, “O que fazer em caso de violência LGBTIfóbica”, *Antra Brasil*, 2020. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2020/03/cartilha-lgbtifobia.pdf>
 42. Isaac Porto, “Qual a cor do Invisível? A situação de direitos humanos da população negra LGBTI no Brasil”, *Instituto Internacional sobre Raça, Igualdade e Direitos Humanos*, 2020. Disponível em: https://raceandequality.org/wp-content/uploads/2020/11/FINAL_dossie-lgbti-brasil-ebook.pdf
 43. *Brasil sem homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
 44. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
 45. Pamela Michelena De Marchi Gherini e Giovanna Valentim, “Guia para retificação do registro civil de pessoas não cisgêneras”, *Antra/Casa1/Baptista Luz Advogados*, Edição 1, 2019. Disponível em: https://antrabrazil.files.wordpress.com/2020/03/guia_retificacao_genero.pdf
 46. Associação Nacional de Travestis e Transexuais, “Projeto Eu Existo – alteração do registro civil para pessoas trans”, 2018. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2018/11/cartilha-alteracao-nome-e-genero2.pdf>

PARTE 2

Relacionamentos & Sexualidade





RELACIONAMENTOS E SEXUALIDADE

É no coletivo que a gente se conhece e se reconhece.

SOBRE A CONVERSA

Em 2020, o Coletivo Feminista Sementes convidou mulheres para uma conversa on-line sobre o tema “relacionamentos e sexualidade” e recebeu 28 inscrições. No total, 17 mulheres, com idades entre 21 e 65 anos, participaram de cinco encontros.

A partir da temática proposta, foram elaboradas perguntas orientadoras com base em sete eixos:

- 1) relacionamentos,
- 2) violências dentro do relacionamento,
- 3) corporalidade,
- 4) sexualidade,
- 5) maternidade,
- 6) pandemia de Covid-19 e
- 7) redes sociais.

A seguir, encontram-se todas as perguntas realizadas ao longo dos encontros.

PERGUNTAS NORTEADORAS

Eixo 1: Relacionamentos

1. O que significa estar em um relacionamento afetivo para vocês?
2. Vocês já estiveram/estão em relacionamentos abertos? Como foi e/ou como é viver essa experiência?
3. Vocês já foram traídas por um companheiro ou uma companheira? Como se sentiram?
4. Vocês já traíram um companheiro ou uma companheira? Como foi a experiência?
5. Vocês se sentem/já se sentiram pressionadas, de algum modo, a estar em um relacionamento?
6. Vocês percebem diferenças quando se relacionam com parceiro homem e quando se relacionam com parceira mulher?

7. Vocês têm ou já tiveram relacionamento com pessoas de outra raça ou etnia? Como é/foi essa experiência?
8. Vocês sentem ou já sentiram preconceitos da sociedade em função desses relacionamentos?
9. Como é estar solteira para vocês? O que isso significa e que sentimentos vocês têm?
10. Vocês acham que a experiência de estar solteira ou solteiro é diferente para as mulheres e para os homens?
11. O receio/peso de estar solteira tem influência sobre a decisão de terminar, ou não, um relacionamento?
12. Nos seus relacionamentos atuais e passados, vocês se sentem/sentiam valorizadas?
13. O que faz vocês se sentirem valorizadas?
14. O que vocês consideram que significa “ser uma mulher bem-sucedida”?
15. Vocês já tiveram a experiência de estar em um relacionamento com uma pessoa de classe social diferente (mais alta ou mais baixa)? Como foi?
16. Vocês já sentiram algum preconceito por parte da pessoa com quem estão?

Eixo 2: Violências dentro do relacionamento

1. O que vocês consideram um relacionamento abusivo?
2. Vocês já estiveram em relacionamento abusivo? Como foi essa experiência?
3. O que as ajudou a se recuperar, de alguma forma, dessa vivência?

Eixo 3: Corporalidade

1. Vocês gostam dos seus corpos? Vocês sentem que seus corpos são aceitos socialmente? Por quê?
2. Vocês já quiseram fazer intervenções cirúrgicas para alterar partes do corpo das quais não gostavam? Quais intervenções e quais partes?
3. Como é a questão do cabelo afro para vocês? Acham que existe aceitação social?
4. Vocês sentem que o envelhecimento afeta, de alguma forma, os seus relacionamentos ou a procura por relacionamentos?

Eixo 4: Sexualidade

1. Na opinião de vocês, o sexo ou a atração sexual são importantes nos relacionamentos? Como vocês entendem que essa importância se manifestou em seus relacionamentos?
2. Por que vocês acham que a atração sexual diminui?
3. Vocês se sentem/já se sentiram obrigadas a fazer sexo mesmo quando não querem/queriam para satisfazer a outra pessoa? Por que vocês acham que isso aconteceu? E como se sentem quando isso acontece com vocês?

4. Vocês acham que existe/existiu igualdade em relação à satisfação sexual nos seus relacionamentos atuais e passados? Há/houve preocupação da outra pessoa com o sentimento de vocês em relação ao sexo? E há/houve atenção de vocês com relação à outra pessoa?
5. Do que vocês mais gostam no sexo? É possível falar sobre essas preferências com a pessoa com quem estão? Como é isso para vocês?
6. De quais coisas vocês não gostam no sexo?
7. Com que idade vocês perderam a virgindade?
8. Que diferenças vocês percebem quando a parceria é mulher e quando é homem em relação ao sexo?
9. Vocês acham que a pandemia e o isolamento social tiveram algum impacto na sua vida sexual? Qual foi esse impacto, o que mudou, o que vocês sentiram?

Eixo 5: Maternidade

1. Vocês já se sentiram pressionadas a ser mãe?
2. Qual é o impacto da maternidade na vida da mulher?
3. A maternidade trouxe mudanças para o relacionamento e para a sexualidade de vocês?
4. Como vocês acreditam que a construção de gênero ocorre em uma família sem a figura masculina?

Eixo 6: Pandemia de Covid-19

1. Estamos vivendo uma pandemia cuja principal estratégia de enfrentamento é o isolamento e o distanciamento social. O isolamento e a própria pandemia afetaram a vida de vocês em termos de relacionamentos e de sexualidade?
2. Vocês acham que a pandemia teve algum impacto positivo?
3. Alguém desenvolveu alguma questão emocional – como depressão, pânico ou outras – durante a pandemia? Como foi?
4. O que as ajudou a lidar com essas questões emocionais durante a pandemia?
5. Vocês observaram mudanças na divisão de tarefas em relação ao trabalho doméstico? Quais?
6. Vocês acham que os meios de comunicação e as redes sociais mais recentes (WhatsApp, Facebook, Instagram, Twitter, Tinder) tiveram algum impacto nos relacionamentos no contexto da pandemia?

Eixo 7: Redes sociais

1. Quem já teve algum relacionamento que começou por meio de um aplicativo de encontro, como Tinder, Happn? Qual foi a duração do relacionamento?
2. Vocês se sentem afetadas pelo que as mídias sociais e a sociedade constroem em relação ao que seria um relacionamento ideal?

As próximas páginas trazem as apresentações das mulheres que participaram dos encontros. Organizamos o texto a partir dos eixos aqui descritos, de modo que você possa escolher por qual tema começar a leitura.

APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Aline: Tenho 41 anos, estou solteira e heterossexual. Já vivi a experiência de um casamento, sem filhos, e hoje vivo a experiência da primeira gestação resultante de um breve e curto relacionamento. Sou graduada em Direito e pós-graduada em Gestão Pública, mas investi muito mais meu tempo em formações extracurriculares, em áreas como design para a sustentabilidade, comunicação não violenta, práticas contemplativas e *coaching*. Tenho um emprego público federal, mas o que gosto de fazer é atuar em projetos sociais paralelos que envolvam a preservação do meio ambiente e que beneficiem a saúde das pessoas, especialmente mulheres e crianças.

Ana Katryna: Sou professora, tenho 44 anos, sou branca, bissexual, trans, pai de dois filhos, esposa da mãe deles, vivo numa cidade muito pequena e tenho de lutar, diariamente, contra todos os preconceitos, principalmente os meus, em relação às pessoas ou a um suposto status quo. Minha esposa e meus filhos são meus melhores companheiros!

Camila: Tenho 36 anos, sou mulher, brasileira, solteira, preta, heterossexual, filha, irmã, amiga. Trabalho na área ambiental. Estou em constante busca de conhecimento e evolução para compreender o universo que habita dentro de mim e aquele que eu habito.

Carolina: Tenho 38 anos, sou jornalista, cientista social e mestranda em artes. Trabalho com edição de vídeo e fotografia e, em minha dissertação, pesquiso sobre a invisibilidade da mulher lésbica e a violência sofrida por ela em uma sociedade patriarcal, machista, misógina e homofóbica.

Caroline: Tenho 36 anos, sou heterossexual, casada e não tenho filhos. Vivo o dilema e a pressão de ter que decidir se vou ter filhos ou se vou mudar de profissão, fazer uma pós-graduação, mudar de cidade ou de país. Tomar decisões, escolher os caminhos da vida estando em um relacionamento, casada, e precisar satisfazer os desejos de nós dois tem sido o meu grande desafio.

Elena: Tenho 36 anos, sou uma mulher branca, cis e heterossexual. Cresci em uma

família muito amorosa, em um ambiente conservador e religioso. Casei muito jovem com meu primeiro namorado e, com pouco tempo, me divorciei. Após meu divórcio, fiquei por muitos anos solteira, começando e terminando relacionamentos curtos e frustrantes. Hoje estou em uma relação estável e saudável com um homem mais novo, contra todos os meus preconceitos.

Fernanda: Sou mulher lésbica de 40 anos. Eu e minha companheira temos um filho de quatro anos e estamos nos preparando para mais uma gestação. A dupla maternidade nos traz inúmeros desafios, sobretudo por vivermos em uma sociedade cuja heteronormatividade praticamente nos engole. Desenhos animados, filmes, programas e livros infantis, por mais progressistas que sejam ou pareçam, estão sempre carregados de heteronormatividade. Eu diria que o grande desafio, portanto, é fazer com que nosso filho se sinta acolhido e amado, mesmo sem se sentir representado em diferentes dimensões de sua vida. Complementarmente, portanto, o desafio nos coloca em posição de buscar uma representatividade afetiva e amorosa para nossa família e para tantas outras que se diferenciam do padrão estabelecido. E, como professora que sou, tento levar essa perspectiva para a sala de aula, para que minhas alunas, futuras professoras, rompam com seus preconceitos e construam possibilidades de acolher famílias em suas mais distintas composições, fazendo com que todas as crianças se sintam bem em suas histórias.

FK: Sou mulher, branca, idosa, tenho duas filhas e estou livre das amarras do casamento. Psicóloga, artista. Objetivo de vida: viver.

Gaby: Tenho 46 anos, sou afro-americana, heterossexual, estrangeira e crio meus dois filhos sozinha – minha família não mora no Brasil, mas tenho uma rede de amigos maravilhosa! Sou professora em uma universidade federal, ministrando aulas de psicologia, de educação e de prevenção de maus-tratos infantis. Adoro meu trabalho, pois me deu a oportunidade de ser a representatividade para muitos alunos e alunas. Sou orientadora de trabalhos de mestrado e TCC. O pai dos meus filhos e eu terminamos a nossa relação quando eu estava na casa dos trinta anos, algo muito traumático. Tive que mudar de estado e começar uma nova vida; na época, meus filhos tinham 10 e 3 anos. Minha vida amorosa tem sido marcada por muitas desilusões e lutas, mas sempre com a esperança de algum dia encontrar um verdadeiro parceiro.

Hellen: Sou indígena, da etnia Baré, tenho 21 anos, sou acadêmica de enfermagem, natural de São Gabriel da Cachoeira/AM e, atualmente, moro em Manaus/AM. Trabalho como babá e cuido de uma criança com síndrome de Down desde seus três anos de idade. Recentemente entrei como voluntária no coletivo Humaniza, onde

atuamos contra a violência obstétrica no Amazonas. Atualmente não namoro, mas vez ou outra conheço pessoas, nada sério. Sem compromisso, não procuro um relacionamento agora, sinto que estou feliz solteira – embora já tenha me cobrado por não estar em um relacionamento –, então sigo tranquila em relação à minha solteirice.

Julia: Tenho 22 anos, sou estudante, heterossexual e estou em um relacionamento sério há dois anos e meio. Cresci em um lar amoroso e com muito carinho. Sempre fui muito independente, obediente e bem reservada quanto às questões íntimas. De uns anos para cá, tenho me liberado e me descoberto! Espero conseguir me descobrir mais conforme vou adquirindo experiência de vida!

Kátia: Tenho 49 anos. Sou casada e mãe de três filhos. Fui secretária até 2016 e, quando fui demitida, resolvi dar uma reviravolta na minha vida e fui fazer mestrado em Comunicação Social. Agora, busco terminar meu tão sonhado doutorado na mesma área, acumulando com todos os afazeres da casa e cuidados com a minha família.

Katitu: Mulher branca heterossexual (não muito rígida) de 37 anos. Sou educadora e pesquisadora, viajo bastante a trabalho. Estive em um relacionamento estável por nove anos. Morávamos juntos, nos separamos há 2 anos e, desde então, estou solteira.

Luana: Sou uma mulher negra bissexual de 22 anos. Sou pesquisadora e militante pelos Direitos Humanos e isso me compõe profundamente como mulher. Fui criada em uma família muito religiosa que, apesar de me ensinar muito sobre liberdade e sua importância, me cerceou, durante a adolescência, em relação à possibilidade de exercer plenamente minha sexualidade e minha vida amorosa. Agora sigo nesse mundo de descobertas tardias em meio a tantas outras.

Pérola: Sou mulher preta, de 37 anos, solteira, que vive em constante descoberta de si e transformação. Filha única, criada com muito amor, mas com certa rigidez e “proteção”, o que, em uma vida adulta, reflete uma toxicidade. Assuntos como sexualidade e negritude foram sempre muito velados pelos meus pais e ganharam destaque e relevância há pouco tempo em minha vida, por interesse próprio. Confesso que ainda me assusto com o que vejo fora da bolha. Desejo construir um relacionamento a dois em que a comunicação seja o principal ingrediente, pois, a partir daí, creio que tudo tem um caminho para o “que seja eterno enquanto dure”.

Polyanna: 33 anos, baiana, física, apaixonada por ciências e esporte. Em um relacionamento no formato “construído junto”. Irmã babona e filha orgulhosa. Nas horas vagas, canto e jogo rúgbi.

Suzy: Sou do Amazonas, tenho 45 anos, sou mulher cis, ativista da causa indígena, membra da Humaniza Coletivo Feminista, mestranda em Antropologia Social pela UFAM. Acredito que a maturidade empodera. Minha maior missão enquanto mãe de um adolescente de 12 anos é formar um cidadão não machista. O primeiro relacionamento sério chegou aos 42 anos; nem tudo são flores, mas o exercício do companheirismo é diário para uma vivência leve. Resignificar uma possível e assustadora sentença de morte imposta pela pandemia de Covid-19 foi libertador.

RESPOSTAS DAS PARTICIPANTES

EIXO 1: RELACIONAMENTOS

Relacionamento é troca, companheirismo. Quero que um relacionamento seja isso, mas há uma concessão que a gente faz. Há uma parte que a gente cede. Um relacionamento acaba sendo uma espécie de contrato social e uma demanda social.

O que significa estar em um relacionamento afetivo para vocês?

Aline: Quando eu dialogo com o companheiro, é sempre no sentido de ter uma parceria e de que a gente possa se apoiar, para contribuir, para somar ao processo evolutivo do outro, não com aquela ideia de “nós dois agora somos um”, mas de continuarmos a ser dois, três, quatro. Não me identifico com relacionamento aberto, geralmente é só um parceiro. Para mim, é importante ter atenção, presença, parceria para que a gente possa somar um na vida do outro, para que seja uma troca rica, para que a gente continue focado no que nos faz feliz, no que a gente tá buscando como indivíduo. Uma troca que enriqueça o nosso processo individual e em que a gente se sintam bem, se faça bem e que considere, naquela visão budista que é a minha, a impermanência: não sabemos quanto pode durar, mas que seja bom enquanto dure. Para mim, essa é a visão de relacionamento.

Luana: Para mim, é mais uma relação de companheirismo e troca. Entender que se relacionar com as pessoas geralmente tem um gasto de tempo e energia, mas, ao mesmo tempo, respeitar a individualidade de cada um, entendendo que não somos metades, somos seres humanos completos, mas cada um com a sua função de companheirismo com o outro.

FK: Na minha idade e faixa etária, acho que não compensa muito ter um relacionamento, porque teria que abdicar de muita coisa e teria que ter cuidado para respeitar os limites da outra pessoa. Relacionamento amoroso funciona até uma certa idade, porque depois, para mim, se torna inviável; não vejo como administrar a minha própria identidade com uma pessoa que chega na minha vida depois. Não compensa. Acho que não traz tantos benefícios que façam valer a pena enveredar por esse caminho.

Pérola: Vejo relacionamento como algo muito bom, desde que haja diálogo. É uma troca para ambas as partes.

Fernanda: Acho que nunca não estive em um relacionamento. Desde que comecei a me relacionar, vou emendando um no outro. Talvez seja quase como uma obrigação, a dificuldade de estar sozinha. Meu relacionamento atual é mais duradouro, de muita parceria, mas nem sempre foi assim. A gente vai se mantendo em relacionamentos, independentemente de qualquer coisa, como se fosse uma obrigação.

Caroline: Uma coisa muito presente no meu relacionamento é que tive que desenvolver uma sensibilidade para o outro – um tipo de sensibilidade que só aprendi nesse relacionamento, que tem anos e foi o único mais longo, que não era algo fugaz. Se pudesse definir, bem rapidamente, foi nesse espaço que desenvolvi essa sensibilidade. De perceber que, quando sinto uma coisa e ela desperta em mim um sentimento, essa mesma coisa não vai despertar o mesmo sentimento no companheiro. Foi um trabalho intenso, de perceber que somos diferentes, que cada um vai sentir de um jeito e, então, ouvir – e aí o diálogo e esse eterno exercício de ter uma mistura, mas também saber o que é cada um. É bem difícil. Tem horas que é difícil perceber o que é meu e o que não é meu.

Carolina: Não tive relacionamentos longos; o máximo de duração foi um ano. Fiquei muito mais tempo sozinha do que namorando. Talvez isso seja o problema. Uma certa independência e, quando estou num namoro, acabo me sentindo sufocada porque acho que tenho que estar sempre ali com a pessoa, dando atenção. E, às vezes, talvez a pessoa não consiga se identificar na relação comigo. Mas acho que troca, diálogo, sinceridade são coisas que acredito que sejam importantes em um relacionamento.

Elena: Relacionamento é troca, companheirismo. Quero que um relacionamento seja isso, mas há uma concessão que a gente faz. Há uma parte que a gente cede. Um relacionamento acaba sendo uma espécie de contrato social e uma demanda social.

Já me envolvi em muito relacionamento que não era legal só para ter um relacionamento. Até já fui casada e acho que há um peso que a sociedade coloca no “ter um relacionamento”, mas, muitas vezes, essa relação acaba sendo um contrato do qual é difícil de sair. Obviamente, os relacionamentos têm coisas maravilhosas, lindas, mas há um certo peso.

Camila: Como seres humanos, como espécie, a gente tem várias necessidades, e eu acho que amar é uma necessidade básica. Só que isso vem com uma pressão social muito grande. Hoje estou com 36 anos, solteira, e tem uma pressão social muito forte para estar num relacionamento. Como se “estar em um relacionamento” fosse resolver todos os nossos, entre aspas, problemas. Acho que é, então, um equilíbrio. É estar em um relacionamento sem esquecer da gente mesmo, dos nossos princípios e valores. Às vezes, um relacionamento acaba sendo muito caro. A gente paga muito caro para estar em um relacionamento, se esquece disso nesse meio do caminho e permite algumas relações aí. O que aprendi com os meus: não esquecer de ter uma comunicação muito clara. Para mim, é isso: a gente se perceber ali, dentro daquela relação, mas lembrar que a gente pertence a nós mesmos. Não esquecer que, para ter dois, precisa ser um. Não esquecer dessa nossa individualidade.

Kátia: Estou em um relacionamento que já dura 34 anos entre namoro e casamento. É importante para mim porque estamos desde os 14 anos juntos e nos conhecemos muito bem, pois crescemos juntos.

Hellen: Relacionamentos são trocas e conectividade. Para ter um relacionamento e dar certo, o casal tem que ter conexão e compreensão. Tem que saber os limites do parceiro e conhecer o casal e a pessoa como o individual dela. O término pode deixar a pessoa magoada, então, é importante ter sensibilidade com o próximo. Inclusive logo depois do término.

Pollyana: Topar tocar a vida em conjunto.

Como é e/ou como foi estar em um relacionamento aberto?

Luana: Acho a poligamia trabalhosa, mais do que o relacionamento monogâmico. Primeiro, porque é algo que deve ser bem conversado, porque, mesmo que você converse muito, tem muita coisa que já é predefinida. Por exemplo, não pode flertar com outros, não pode se relacionar com outras pessoas, etc. Cada relacionamento poligâmico é um. Tem pessoas que não aceitam você se relacionar com pessoas que estão no círculo em comum. Normalmente, não é que não dá certo, mas acho que as

pessoas acabam cedendo ou para o término ou para tentar um relacionamento, porque a programação mental da maioria das pessoas, ou de todos nós, é a monogamia como um fim. É um tipo de relacionamento que pode dar certo, mas exige muito desgaste, muita conversa, e nem sempre é apropriado para a maioria das pessoas. Ele flerta com uma outra ideia, a de que “o outro não é sua propriedade”, não tenho domínio sobre os sentimentos do outro, sobre o pensamento do outro, sobre a atração do outro; o amor não é sobre estar exclusivamente com você.

Fernanda: Minha tentativa de relacionamento aberto foi em um fim de relacionamento: “ou vai ou racha”. Ficávamos criando muitas regras: não pode ser com ninguém que a gente conheça, etc., e essas regras começam a dar um nó. Não foi muito legal, mas, ao mesmo tempo, me fez pensar em um outro tipo de relação menos possessiva, abrir um pouco a mente para relacionamentos.

Pollyana: O relacionamento aberto sempre foi uma demanda para mim. Eu sempre respeitei os formatos dos meus relacionamentos, mas a demanda estava lá. Hoje, estou muito satisfeita com este jeito de me relacionar, mas ele não é desprovido de problemas, nenhum relacionamento é. Às vezes, as pessoas atribuem nossas “brigas” a esta característica, mas quando um casal monogâmico briga nós não culpamos a monogamia, certo? Se relacionar é difícil mesmo. Nós construímos juntos por todo este tempo, cada detalhe que nos parecia adequado, e hoje temos muito mais responsabilidade afetiva (conosco e com os outros), mais empatia, e somos muito sensíveis ao momento do outro. Gostamos da nossa liberdade preservada. Me sufoca muito ser poupada de viver certos momentos. Ainda assim, nos respeitamos muito e somos muito companheiros. Eu não me vejo em outro formato de relacionamento.

Vocês já foram traídas por um/a companheiro/a? Como se sentiram?

Camila: No último relacionamento, quem terminou comigo foi a atual do meu ex, que era minha amiga e me mandou mensagem: “Olha, gosto muito de você. Você é gente boa, legal, mas não aguentei e a gente resolveu se conhecer”. Tínhamos o mesmo círculo de amigos, família. Ele falou que era livre, não tinha que dar satisfação, não estava feliz e nunca mais nos falamos. As pessoas escolheram um lado. Fiquei mal, deprimida; você se coloca à prova: “Onde foi que errei? Será que dei demais?”. Tem que ser recíproco. Vi que dei demais. Sentia que a relação não estava legal, que a gente tinha que conversar, mas você não sente aquilo vindo. Fiquei remoendo onde foi que errei para ter acontecido dessa maneira. Hoje, depois de terapias e constelações, estou melhor, mas fiquei com medo de me relacionar de novo, não ter a consciência do que está acontecendo. Entre outras coisas que já aconteceram comigo, essa foi a

pior. Tenho histórico de caras com quem saí por, sei lá, quatro meses, depois descobri que era noivo, mas essa aí foi a pior.

Gaby: Tenho histórico de traições. De todos os meus relacionamentos, só uma pessoa não me traiu. O pai dos meus filhos me traiu desde sempre. Com ele não foi traição, foi muito mais. Ele é pedófilo, fazia programas com meninas de rua e tinha relacionamentos extraconjugais. Emagreci 13 quilos, minha filha tinha um ano e meu filho, oito. Foi bem complicado. Não foi só a traição, foi a desconstrução do que sou. Porque sempre trabalhei com prevenção de violência e ele era um cara que fazia programa por R\$ 5,00. Isso faz 14 anos. A pessoa com quem estou saindo (nem sei dizer se estou saindo com ela) também me traiu e acho que foi por eu dar ou confiar demais. Fiquei sabendo quando outra pessoa me falou: “Eu sou a namorada do fulano e você está entrando na minha vida”. Fiquei sem chão. Traição é uma coisa muito mais complexa do que o corpo. É confiança, fidelidade.

Carolina: Fui traída em dois relacionamentos. No segundo, minha ex-namorada namorava e eu não sabia. Ela estava em um relacionamento há anos e, quando descobri, ela falou que ia terminar com a namorada. Continuamos ficando e nada, até que a namorada terminou. Aí ela terminou comigo para voltar com a namorada, que não quis mais. Então, voltou para mim. Gostava dela, então decidi tentar. Ficamos juntas por pouco mais de um ano. No fim, descobri que ela estava me traindo da mesma forma que traiu a namorada comigo.

FK: Vejo o casamento e o relacionamento como uma empreitada que você vai desbravar com o outro e a traição como um problema na confiança e na autoestima, porque fica aquela perguntinha: “Por que ele está traindo?”. Acho que a gente tem tanta coisa para fazer que não dá tempo de procurar e sair com outra pessoa. Já temos muito trabalho em uma vida só para termos duas. Para mim, mexeu muito com a minha autoestima e, quando descobria uma traição, nunca descobria no ato, descobria dois anos depois. Aí já tinham passado dois anos, ele já era outra pessoa. Só que não. Depois de dois anos, acontecia de novo. Até perceber tudo, fazer todas as contas... Porque eu tinha mais o que fazer do que ficar fazendo conta também: dois empregos, duas filhas, casa para cuidar, era mãe e era pai e não conseguia administrar mais isso. Abalou muito minha autoestima e a confiança que tinha nele. Não há amor que resista a esse tipo de atitude e, por isso, é mais fácil ficar sozinha, é muita coisa para administrar.

Fernanda: Fui traída em vários relacionamentos, mas teve um que doeu muito, que foi quando eu estava me descobrindo lésbica. Fiquei com mulher pela primeira vez com 24 anos e, quando eu estava nesse processo de descoberta, minha namorada – eu

também era a primeira namorada dela – um dia chegou com uma blusa de gola alta naquele calor de 40 graus e eu já sabia que ela tinha ficado com alguém. Ela tinha ficado com um cara. Foi muito doído porque a gente estava se descobrindo na nossa homossexualidade, as duas juntas se descobrindo lésbicas, e ela ter ficado com um cara foi sofrido demais. Depois descobri que ele era bem machista, desses bem toscos.

Vocês já traíram um companheiro ou companheira? Como foi essa experiência?

FK: Não traí por falta de oportunidade.

Caroline: Estou em um relacionamento longo, em que tivemos duas separações, dois términos. Começou como relacionamento à distância e tinha épocas em que a convivência era muito pouca; era uma fase em que eu engordava muito. Depois emagrecia bastante, corria, fazia esporte, me sentia bem, pensava: “Quero conhecer outras pessoas. Por que estou vivendo desse jeito?”. Só que eu amava muito. Então, era sempre uma confusão. A gente rompia, vivia outras situações, nada muito forte, depois eu via que não conseguia me desligar, porque a gente ainda se falava. Então, não chegou a ser traição, foi como se o contrato social não estivesse firme. Não dava para propor um relacionamento aberto, não cabia isso na nossa relação.

Fernanda: Tive cinco relacionamentos mais longos, traí em três. No primeiro me senti mal, muito culpada, porque existia um pacto entre nós. Era um relacionamento à distância e fiquei com um amigo próximo. Eu tinha 19 anos. Nos outros dois relacionamentos, traí em momentos de crise. Não eram relacionamentos abertos, mas ficava no ar essa possibilidade de acontecer. Senti vontade, desejo por outras pessoas e acabei traindo. Não me senti tão mal, porque era mesmo um momento de crise. Em alguns momentos a traição até ajudou um pouco a relação.

Aline: Minha situação foi com relacionamento à distância. Eu tive um relacionamento muito longo com meu ex-marido. Namoramos cinco anos e meio e morando longe. Fomos deixando as coisas rolaem; eu não queria saber, não perguntava e vice-versa. Não tinha diálogo sobre relacionamento aberto, mas eu me sentia muito à vontade caso me desse vontade de ficar com outra pessoa. Depois, tivemos dois episódios de terminar o namoro, porque não estava legal e era sempre eu que reclamava que ele já não se esforçava para a gente se ver. Mas, geralmente, isso só acontecia quando eu já sentia vontade de ficar com outra pessoa. Então, traí duas vezes quando tinha intenção de terminar o casamento e não conseguia. A traição me salvou, me fez sentir que era jovem e podia ser amada.

Gaby: No relacionamento com o meu marido, a gente morava longe. Ele era muito ausente, em todos os sentidos. Um dia, o telefone tocou na minha casa – “Te acho linda!” –, e começamos a conversar. Era um cara que tinha feito mudança na casa da frente e me viu. Ele foi suprindo uma carência muito grande e uma noite fizemos sexo. Lembro que cheguei em casa depois e me lavei, de tão suja que eu me sentia por ter feito isso com meu marido – sem saber quantas merdas ele estava fazendo do outro lado. Foi uma situação bem difícil, mas depois ele se tornou uma pessoa extremamente querida, porque supria um vazio muito importante. Mantivemos um relacionamento de uns sete, oito meses. Até hoje a gente conversa.

Vocês se sentem ou já se sentiram pressionadas, de algum modo, a estar em um relacionamento?

FK: Sofro essa pressão até hoje. Muita gente julga e fala: “Nossa, mas você ainda é nova. Você podia ficar com alguém”. Mas, espera um pouquinho, eu não quero ficar com alguém, entendeu? Não sei se sou nova ou não, não é esse o ponto. O ponto é que eu não quero. Então, me sinto pressionada. Acho que é um grande passo você saber o que você quer, fazer o que você acha que deve fazer e não ceder à pressão dos outros. Então, até hoje, com 65 anos, eu ainda me sinto pressionada a tomar algumas atitudes.

Elena: Há uma pressão na sociedade para se ter um relacionamento. As pessoas acham que quem está em um relacionamento está bem e que quem não está sozinho está mal, ainda mais se for mulher. Tenho 36 anos e estou numa relação recente, mas já fui casada muito nova e nunca mais tive um relacionamento estável. Minha família se preocupava por eu não estar namorando. Tenho uma avó muito velhinha, com 100 anos, mas muito lúcida. No ano passado, no aniversário dela, ela me desejou: “Quero que você seja feliz e bem-sucedida”. E eu falei pra ela: “Vó, eu sou feliz e bem-sucedida”. E ela falou: “Não, mas você entende de que jeito eu quero que você seja feliz e bem-sucedida”. Ficou claro aí o recado.

Luana: Venho de uma família muito religiosa. Para eles, o ideal de felicidade sempre esteve atrelado à ideia de casamento. Minhas primas, tias, avós foram criadas para terminar o ensino médio e se casar com 16, 17, 18 anos. Já eu tive uma criação muito diferente, para os estudos, para o mercado de trabalho. Desde que tomei consciência disso, sempre foi um conflito familiar, porque meu pai tinha outra ideia sobre o que eu deveria ser: para ele eu devia ser independente, ter meu emprego. Depois que cresci, passei a responder por esses atos. Somos 16 primos, cada um nasceu em um ano e um deles, que é um ano mais velho que eu, noivou agora, ou seja, na próxima

reunião de família será a minha vez de ser cobrada. É uma cobrança que vem de um jeito que parece que o que somos e fazemos nunca é suficiente. Não importa o quanto a gente estude, que tenhamos mestrado, doutorado. Na mesa, ninguém pergunta sobre nossa pesquisa, sobre nosso trabalho, sobre a greve internacional que a gente conseguiu bancar. Todo mundo sempre faz essa pergunta, que é uma das partes menos relevantes sobre nossa existência, que é a existência principalmente de um cara – porque é um pressuposto heteronormativo na nossa vida. Desconsideram tudo o que consegui sozinha e a única coisa que me perguntam é sobre os filhos que o cara vai me dar, e que eu vou criar, numa casa que eu vou limpar, onde eu vou lavar, passar, uma relação que eu não sustento dentro do conceito, em um contexto de casamentos muito infelizes, casamentos que você vê que são evidentemente falidos, mas a instituição continua sendo defendida assim. É foda.

Suzy: Sim, há pressão da família. O relacionamento nunca foi prioridade para mim, então sempre priorizei os estudos. Fui mãe aos 33 anos e, depois que tive um menino, aí que não pensava mesmo em estar com alguém, com todas as questões que a gente conhece, de criar uma criança com uma pessoa, iniciar um relacionamento, trazer para dentro de casa... Então não estava no meu horizonte. Meu relacionamento atual aconteceu sem ser programado, aos 42 anos. É uma coisa mais tranquila, madura, combinada, embora a gente tenha as nossas diferenças. A pressão para me relacionar vinha principalmente da minha mãe. Daqui a pouco ela se vai, os pais se vão, e como é que eu ia ficar? Como se eu já não estivesse no mundo.

Kátia: Para mim, a pressão acontece ao contrário: as pessoas me perguntam como consigo ficar com a mesma pessoa por tanto tempo.

Carolina: A cobrança sempre veio de mim mesma. Me assumi como lésbica aos 21 anos e nunca tinha levado um namorado para casa. Ninguém nunca me perguntou nada, mas sempre me cobrei para estar em um relacionamento, me perguntava por que os meus relacionamentos não funcionavam. Hoje não me cobro, acho que consegui pensar que, para ser feliz, não preciso ter outra pessoa do meu lado. O importante é que eu consiga me fazer feliz, gostar de mim mesma.

Pollyana: Sim, uma pressão externa. Eu sinto que familiares e muitos amigos e colegas esperam que eu me case em algum momento e que talvez eu esteja atrasada para esse “momento”.

Vocês percebem diferenças quando se relacionam com parceiro homem e quando se relacionam com parceira mulher?

Fernanda: Tem diferença. Vou dar meu exemplo: sempre me relacionei com homem. Nunca fui aquela pessoa que diz “não gosto de homem, não gosto de sexo, não gosto de pinto”, mas depois que comecei a me relacionar com mulheres, não tive mais. Já fiquei com homens depois que comecei a ficar com mulheres, mas não consegui me relacionar com eles. Parece que perdi um pouco depois que me descobri na minha sexualidade. Não é nem uma questão de atração sexual. Não sei se sei explicar bem por quê, mas não consigo.

Luana: Sou bissexual. Acho que é essencialmente diferente se relacionar com homens e com mulheres, porque são padrões de socialização totalmente diferentes, quase que opostos para um relacionamento. A gente se relaciona muito pelo que entendemos como relacionamento, como seria o certo. Se relacionar com mulher envolve muitas descobertas, porque a descoberta da sexualidade, a questão de contar para a família, para os amigos, estar em um ambiente público, é muito relevante. Mas acho que a maior diferença é no ambiente privado; como você convive com um homem com um padrão de socialização de não saber expressar seus próprios sentimentos, não saber dialogar de uma forma que seja efetiva, como isso difere nos relacionamentos e como isso altera a qualidade que eles têm. A igualdade é uma das outras questões. A desigualdade de gênero que existe nas relações é absolutamente relevante, mas existem outras desigualdades implícitas. Por exemplo, só me relacionei com mulheres brancas, o que produziu um outro tipo de desigualdade brutal na relação em termos de preferência afetiva, questões familiares, sociais. Sinto que a diferença de raça entre uma mulher negra e uma mulher branca em um relacionamento, na minha experiência, se demonstrou mais marcada do que em relacionamentos heterossexuais em que eu estaria com caras. Os padrões de relacionamentos operam muito por questões de socialização, mas também são travados por questões de raça, porque marcam pontos importantes sobre como você vai se relacionar, sobre quais são suas prioridades. Se você é uma pessoa negra tentando sobreviver e se colocar no mundo de uma forma que seja preponderante, sua prioridade muito provavelmente nunca vai ser relacionamento, porque tem filho pra criar, faculdade pra terminar etc.

Carolina: Fiquei com dois caras apenas. Antes de ficar com a primeira mulher, me perguntava: “Será mesmo que sou lésbica ou não?”. Beije um cara pela primeira vez com 16 anos, depois fiquei algumas vezes, mas a partir do momento em que fiquei com uma mulher, nunca mais me relacionei com um homem – não sei se foi algo sexual, de atração, mas não consigo me imaginar tendo relacionamento com ho-

mem. Pelas trocas que tive com mulheres, acredito que com um homem seria bem diferente.

Pollyana: Sim, muita! Um relacionamento com um homem nunca vai ser um relacionamento simétrico, pelo menos não no formato de sociedade que a gente vive. Mesmo que dentro do casal os dois se esforcem para equilibrar, a socialização de ambos é diferente, as cobranças externas, a visão de mundo – isso sob um viés de gênero mesmo. Os impactos de uma mesma ação são diferentes para ambos os lados. E é muito difícil pesar o tempo todo o que é “justo” e o que é “relevante” em uma relação assimétrica, mesmo em um relacionamento saudável. Com uma mulher, me sinto mais apta a entender a perspectiva e a ser compreendida.

Vocês têm ou já tiveram relacionamento com pessoas de outra raça ou etnia? Como foi essa experiência?

Gaby: Sim, sou negra e tive apenas um relacionamento com negro. Tem que falar como é ter um relacionamento com outra pessoa negra, não com outra etnia. É diferente, porque é mais fácil branco se relacionar com negro, com japonês do que negro se relacionar com outro negro. Hoje é mais comum, mas antes não era. O negro não quer a negra e a negra não quer o negro. Quando eu era pequena, ouvia: “Casa com branco para melhorar a raça”. É outra coisa que está por trás. O pai dos meus filhos é peruano e, por isso, também já sofri muito. Sobre o relacionamento com outro negro: se um negro te escolhe, você tem que ser muito foda. Ele não vai escolher qualquer negra, a não ser que esteja muito empoderado. Estamos vendo um aumento da junção entre negros, porque agora não é tão ruim ser negro. Não tanto quanto antes. Sobre meu relacionamento, ele era super empoderado. Uma vez estávamos juntos e, quando passou um cara negro que ele nem conhecia, ele cumprimentou. Ele cumprimentava “e aí, irmão?”. Achei engraçado, e ele falava para mim que eu era a preta mais branca que ele conhecia, porque eu era toda cheia de frescura. Um dia desses, um negro me perguntou se podia servir um café e respondi que não. Eu não tomo café. A resposta: “Mas você é muito fresca mesmo para uma preta”.

Camila: A gente tem toda uma pegada diferente, as pessoas te olham e, quanto mais retinta você for, outras dificuldades vão surgir. Minha irmã é preta também e é casada com homem branco, e tem aí seus problemas. Ela está tentando ter filhos e tem essa questão do reconhecimento da criança. Meus pais, pelo contrário, falam: “Poxa, vocês só namoram caras brancos”. Fiz doutorado e é muito difícil encontrar gente preta, eles olham e não te veem, não te veem como parceira, como igual. Se a gente for se aprofundar, a gente fica solteira. 54% das mulheres negras ficam solteiras. Quanto

mais a gente sobe na escala, mais difícil fica. Tenho amigas que me fazem pensar: “Tem alguma coisa errada”. Sou preta e elas são brancas, é muito mais embaixo. A gente tem outras batalhas, não é que uma seja maior e a outra menor, são batalhas diferentes. Tenho dificuldade, às vezes, de namorar uma pessoa branca, porque as pessoas olham para mim e falam: “Você não é tão negra assim”. Ela não é da minha cor e ele não consegue ter empatia em relação a isso.

Pollyana: Sim. Foi desconfortável para mim em alguns momentos. A família dele não aceitava muito bem minha cor, minha origem. Eu estava sempre ligada a estereótipos, sofri algumas agressões verbais por parte da família, sempre muitos comentários desagradáveis. Isso nos deixava cansados, embora ele nunca tenha tido uma atitude racista comigo.

Vocês sentem/já sentiram preconceitos da sociedade em função desses relacionamentos?

Gaby: Sempre vai ter, não tem como não ter. Moro em Curitiba e é bem complicado. Vão sempre olhar torto por estarmos em um lugar que não nos pertence. Uma coisa é ser mulher. Outra é ser mulher negra em um relacionamento. Quando mais nova, entre todas as meninas, podia ser a mais feia do grupo, a mais feia, aquela de quem todo mundo fala: “Ninguém pega essa”. [Mas se for branca] eles pegam; a gente não pega. Agora, para o cara que pegou a preta, dizem: “Você é ninja, você pegou ela”.

Elena: Meu namorado é peruano, tem a pele mais clara que a minha e traços aborígenes, mas você olha para ele e fala “é peruano” ou, pelo menos, “é andino”. Tenho amigos peruanos, altos, mais brancos que eu, e já ouvi uma piada que me horrorizou, muitos anos atrás, quando vim para o Brasil: “Nossa, ela vai ficar com brasileiro”. O medo era que eu ficasse e casasse. Alguém falou: “Nossa, ela vai ficar com negro”, e alguém respondeu: “Pior, ela vai ficar com peruano”. De fato, hoje eu namoro um peruano. Não é piada. Minha avó, que tem 100 anos, pergunta: “Como está seu namorado? Era um cara paraguaio, boliviano, tudo a mesma coisa”.

Pérola: Sou negra e tive um único relacionamento, que durou oito meses. Era uma pessoa branca. Era nítido que as pessoas esticavam o pescoço para olhar quando saíamos juntos e chegávamos de mãos dadas. O nome disso, para mim, é preconceito. Ficavam olhando para ver se a gente ia se beijar mesmo, esperando um próximo passo.

Como é estar solteira para vocês? O que significa e que sentimentos vocês têm?

FK: Já estive solteira algumas vezes na minha vida. Quando era jovem, a solteirice era um pouco angustiante por causa do peso da sociedade mesmo, das expectativas dos outros. Agora que já sou idosa e estou solteira, vejo como liberdade. Então, solteirice, para mim, é liberdade, é um estado pleno de liberdade. Uma liberdade em que você se conhece melhor e toma suas atitudes, uma referência mais centrada e não tão centrada no outro.

Fernanda: Fiquei solteira por pouco tempo e poucas vezes. Foi muito legal do ponto de vista das amizades, mas quando fiquei solteira e já estava em Campinas, sem tantas amizades, foi bem difícil. É uma necessidade sempre de ficar com alguém, estar com alguém, como se não desse conta de ficar comigo mesma, só eu, eu mesma. É essa a sensação.

Camila: Acho que tudo tem prós e contras. Estou com 36 anos, solteira, e tem uma cobrança social e familiar. O mais complicado é que a maioria dos meus amigos estão casados e com filhos. Aí você também tem que se readaptar, readaptar os programas. Nas nossas conversas, tem muito aquela comparação: “Ah, mas você não é mãe! Ah, mas você não sabe como é”.

Hellen: Nunca namorei. Antes eu me cobrava, porque sempre fui solteira e até hoje continuo sendo, então, já rolou da minha parte de me cobrar por querer ter um parceiro. Mas, com o tempo, eu vim refletindo várias questões, como: “Por que eu preciso? Será que eu preciso de alguém mesmo ou será que só estou indo na onda dos meus amigos?” ou “Só porque todos os meus amigos namoram eu também tenho que namorar?”. Então, às vezes, eu me questionava muito sobre isso, se eu realmente queria. E não rola cobrança da minha família; rolam, digamos, umas brincadeiras. Levo tranquilo a solteirice, não vejo uma necessidade.

Carolina: Sempre passo um tempo muito longo solteira, namoro e volto a ficar solteira por um bom tempo. Tive dois relacionamentos, um perto do outro, muito intensos, que meio que me desnortearam. Logo depois, entrei em depressão. Antes da pandemia, comecei a sair com uma pessoa, acabou virando um namoro e, durante a pandemia, acabou também. E, nesse momento, principalmente, aqui em casa, tendo que ficar em casa, comecei a pensar em muitas coisas. Comecei a perceber que, nesse momento da minha vida em que tenho 38 anos, preciso estar sozinha porque eu tenho algumas questões comigo que eu preciso trabalhar, e trazer alguém para

essas questões me demandaria muito trabalho e, também, talvez trouxesse sofrimento para a outra pessoa. Então, decidi ficar solteira até poder dizer: “Ok, beleza, agora vou entrar em um relacionamento para ficar nesse relacionamento por muito tempo, não quero mais joguinhos, brincadeiras”. Quero uma relação não por insegurança. Mereço algo assim. Mas, nesse momento, eu estou de boa estando sozinha. Quando meus amigos começaram a namorar, a casar e a ter filhos, eu me cobrava um pouco. Hoje, não me incomoda estar sozinha e ver meus amigos casados. O que incomoda é, às vezes, eles ficarem perguntando: “Mas você não encontra ninguém? Você não sai com ninguém?”. Sei que querem minha felicidade, mas, neste momento, eu quero ficar sozinha. Estou conseguindo conquistar muitas coisas nesse último mês, levei anos para me adequar. Estou tendo várias conquistas bem legais, então, estou bem.

Caroline: Estou casada, mas sem filho. Me lembro que, quando solteira, era muito contente com os amigos, vivendo uma vida de conhecer gente, hiperdinâmica. Todo ano tinha gente nova chegando na minha cidade, que era universitária. Era muito vivo esse momento, ser solteira. Mas foi chegando o fim do curso, fui me aproximando de vir embora para minha cidade natal e a solteirice virou uma busca, um estado de buscar estar com alguém. Não tinha mais tantos amigos por perto, mudou a dinâmica da vida... A gente fica meio com um vazio. Nessa fase, eu ganhava Santo Antônio, porque as pessoas estavam preocupadas com minha situação. Entrei nessa busca, queria encontrar alguém e encontrei meu companheiro. Há pouco tempo escutei que, mesmo casada, eu ainda sou solteira porque não tenho filhos. A gente teve um momento de decidir se íamos ter filhos, se eu ia acompanhar meu marido no pós-doutorado fora do Brasil, e um amigo dele disse: “Vão tranquilos porque vocês estão indo solteiros, vocês não estão indo com filhos”. Pensei: “Sou uma casada solteira? Como assim? Porque eu não tenho um filho”. Em algum momento, entendi o que ele quis dizer. Mas eu achei interessante.

Suzy: Também tenho uma coleção de Santo Antônio. Me juntei a um companheiro recentemente, aos 42 anos. Tive filho aos 33, fui mãe solo de um relacionamento de uma ficada. Sempre estive solteira. Estar em um relacionamento, namoro, pensar em casamento, nunca foi minha prioridade. Sempre fui levando a vida. Sentia cobrança apenas da família quando estava com 30 anos. Sobre nós, mulheres do Norte, somos mais expansivas, abertas. Quando morei no Sudeste, achava bonito ver que os namoros duravam desde a adolescência, colegas de faculdade que se juntaram no primeiro semestre e estão casados até hoje – achava a coisa mais linda. Aqui no Norte isso acontece muito raramente. Isso acaba dando margem para alguns preconceitos contra a mulher Nortista, porque, quando homens casados vêm para cá, já acham que vamos roubar os maridos. O que vejo com relação às mulheres do Norte com quem me

relacionava é que, para a gente, nunca foi uma questão de achar diferente ser solteira. É algo normal, tranquilo. Termina um relacionamento, vai com outro. Estar livre. Às vezes você sente o preconceito quando começa a ouvir de outras pessoas: “Cuidado porque senão vão te achar galinha”.

Katitu: Quando estive no Norte, senti que as mulheres eram muito mais livres, principalmente na questão sexual, comparando com aqui, no Sudeste. Uma amiga que veio do sertão da Bahia comentou que as mulheres daqui eram muito contidas, que parece que é uma educação que a gente tem. Vejo pela minha própria formação: fui educada para ser dona de casa e fui casada por nove anos, me separei há dois e, antes de estar nesse relacionamento, sempre estava namorando. Conheci meu ex-companheiro, que era um pouco mais novo do que eu. Ele saiu da casa da mãe e fomos morar juntos. Acabamos construindo essa coisa maternal no relacionamento, principalmente na questão de cuidado. Quando terminamos, senti o quanto dependia de cuidar do outro. Conversei sobre essa questão com minha mãe em um momento em que meu pai saiu de casa e ela teve problemas com isso. Ela me disse que educou a gente para pensar muito no outro, e não em nós mesmas. E isso eu percebi quando terminei minha relação. Senti um certo medo da solidão. Nunca tinha morado sozinha. Acabei indo morar sozinha no Norte do Brasil e foi um momento muito importante para mim, para eu me conhecer, aprender a cuidar de mim. Não tenho memória de momentos em que eu pensava: “Deixa eu fazer isso, porque é prioridade pra mim”. Tem pressões, principalmente nessa questão de filhos, de idade. E até de nós mesmas.

Pollyana: Honestamente, não lembro. Eu era uma pessoa completamente diferente na última vez que estive solteira.

Vocês acham que estar solteira ou solteiro é diferente para as mulheres e para os homens?

Elena: Sim, para o homem há uma licença, durante a solteirice, de falar que pega geral. E não tem aquele compromisso de se estabelecer. Eles se permitem viver a solteirice de uma forma muito mais relaxada. É difícil achar um homem preocupado porque está solteiro, ou seja, com o peso de estar solteiro, e é difícil achar um homem que está cansado de estar solteiro e de não estar em um relacionamento estável.

Gaby: Para o homem, estar solteiro com 45 anos não tem problema. As mulheres são muito mais cobradas. Sou mãe solteira e perguntam: “Como essa mãe está na balada e não com os filhos?”. Para o homem não tem esse peso. Ninguém pergunta para ele na balada: “Cadê seus filhos? Você está pegando cinco?”.

FK: Acho que existe cobrança para o homem também, só que de outra categoria. A cobrança é mais interna do que externa, mais do que da própria sociedade. E, também, porque acho que os homens têm menos condição de viver sozinhos e de se virar no mundo do que as mulheres. As mulheres já cresceram meio acostumadas a cumprir algumas tarefas, a desenvolver certa resiliência e maturidade, os homens demoram mais. De um modo geral, acho que o homem tem mais medo de ficar sozinho do que a mulher, porque ele não sabe se virar sozinho como uma mulher se vira. E eu não acho que ele dê tanto valor para a liberdade quanto a mulher dá em função da própria conjuntura. A pressão social que existe para o homem acho que é mais relacionada ao trabalho, dependendo do cargo que ele ocupa, já que é conveniente ter uma mulher ao lado para passar uma certa confiabilidade, sabe? Uma certeza de que não vai assediar ninguém, de que a pessoa é mais estável.

Caroline: Tenho um tio que foi uma referência masculina muito importante na minha formação e na minha educação. Ele era solteiro, morou a vida toda com a minha avó, até ela falecer, e meu irmão, que é mais velho e solteiro também. Vejo as manifestações familiares e dos amigos com relação a eles e percebo uma cobrança grande para que tenham companheiras. Meu irmão é uma preocupação para a família: “Poxa, não tem ninguém, está sozinho”. Tem que sempre estar em contato para saber se está bem.

Camila: Tenho quatro tios que nunca se casaram: três homens e uma mulher. A cobrança é completamente diferente. Os comentários para a minha tia são: “Mas ela é chata, o humor dela, ela nunca vai encontrar ninguém mesmo, ficou solteirona” etc. Em contrapartida, para os meus tios, os comentários são: “Ele que é livre, faz o que quiser da vida dele”. Todos já passaram dos 50 anos. Parece que eles podem fazer mais, podem errar mais. E as minhas tias não, têm que seguir aquela regra de conduta, que diz o que é ser uma boa mulher.

Ana Katryna: É completamente diferente ser solteiro para homens e para mulheres, assim como ter filhos ou não. Parece que os homens são eternos garanhões, e as mulheres, desde cedo, são preparadas para ser as provedoras da casa, no sentido de toda a arrumação da casa, de toda ordem da casa.

Julia: Eu e meu namorado temos a mesma idade e disseram para ele: “Você é tão novo, vocês já estão juntos há tanto tempo, é isso mesmo que você quer?”, ao passo que, para mim, o comentário foi: “Amarra, senão você pode perder”. Como quem diz: “Você é nova, daqui a pouco ninguém mais vai te querer, aproveita enquanto tem alguém que te quer”.

O receio/peso de estar solteira tem influência sobre a decisão de terminar, ou não, um relacionamento?

FK: Eu tinha filhos e um padrão de vida. Para você seguir seu rumo sozinha, muita coisa tem que mudar, e tem coisa que é muito complicado de mudar. No início, eu não tinha estrutura mesmo, como trabalhar, me sustentar e criar os filhos pequenos; depois, a parte financeira também pesou, eu achava que tinha estrutura, mas não tinha condição financeira para continuar dando uma vida “x” para a família.

Suzy: Meus relacionamentos sempre terminaram de uma forma tranquila, pois tenho para mim que, em uma relação, a gente tem que estar bem. [...] Existem as relações, nós temos compromissos em conjunto, temos planos em conjunto, mas também penso que só não tem jeito para a morte, então acho que posso seguir a minha vida e ele pode seguir a dele. Também tem o fato de que estar solteira, para mim, nunca foi problema, sempre foi muito tranquilo.

Elena: Me casei muito nova e saí da casa dos meus pais para ir morar com meu ex-marido. O relacionamento não estava bom, mas, para mim, era impossível a separação. Venho de uma família super católica, ninguém nunca se divorciou, e essa palavra tinha um peso gigante. Era uma situação como a de “sair do *closet*”, porque tinha esse paradigma fortíssimo; me lembro dessa sensação de “não vou saber fazer nada sozinha”, além do peso social, da palavra divorciada, do *status*. Para mim, era impossível estar sozinha, assumir a solteirice, ouvir aquela palavra “divorciada” –, tinha toda uma questão católica. Eu já não tinha casado na igreja, porque meu ex-marido não queria, e já era excomungada, e isso era um horror na família. Mas um dia tomei a decisão e me separei. Primeiro fui morar na casa dos meus pais e, depois de dois anos, me separei de vez, dessa vez com o aval da família, por conta de coisas graves que tinham acontecido.

Aline: Por muito tempo me questioneei, porque as pessoas me perguntavam: “Você não tem medo de ficar só?”. Gosto de estar só e de sair só, me sinto bem. Sinto paz, porque tenho independência financeira em relação ao relacionamento. Saímos de uma geração – das nossas mães e avós – em que havia uma dependência financeira, e as mulheres começaram a fazer essa transição, a entrar no mercado de trabalho, a criar um espaço para colocar a voz dentro da relação de outra forma. Mas a gente tem um histórico de carência afetiva que é criado dentro de uma sociedade em que a gente é princesa e os homens são maravilhosos – os filmes trazem famílias perfeitas e os homens são megapais, gentis, provedores, bons de cama, dançam, são tudo que até hoje eu não vi em nenhum homem. Eu acho que a gente precisa buscar rede de

apoio para trabalhar essa questão da solidão, porque a solidão é uma ilusão, ninguém está só no mundo.

Pollyana: Sim. Isso já aconteceu. Porque eu estava insegura, tinha medo de me sentir sozinha no mundo, de sentir falta daquele tipo de afeto.

Nos relacionamentos atuais e passados, vocês se sentem/se sentiam valorizadas? O que faz vocês se sentirem valorizadas?

Katitu: No último relacionamento, sentia parceria, admiração da parte dele, mas também desvalorização, principalmente na questão doméstica, pois era uma pessoa que não fazia muito em casa, então eu ficava sobrecarregada. A parte financeira também ficava muito para mim. Com o tempo, fui percebendo que me esforçava muito mais do que ele, e isso me deixava nervosa. Estava me transformando, ficava irritada por coisas pelas quais não ficaria normalmente, não era meu jeito de ser. Também sentia desvalorização na parte sexual, pois ele gozava rápido e depois não queria fazer nada, cansava, enquanto eu ainda não havia chegado lá.

Hellen: Fico com pessoas e, nesses momentos, me valorizam muito como pessoa, me respeitam.

Camila: Em alguns casos, me sentia valorizada. No relacionamento, nós e o parceiro idealizamos. Fazer essa desconstrução é complicado. Me sentia valorizada quando meu comportamento atendia àquilo que ele esperava. Em outros momentos, não. Ficava muito claro quando ele “desaprovava” alguma coisa que eu fazia ou deixava de fazer. Para mim, é um bom balizador. O que é esse valor? O que é o valor do outro? O que o outro está buscando? Porque tem coisas que a gente consegue adaptar, mas tem outras que não.

Luana: O jeito de falar comigo é importante, e isso me faz sentir valorizada.

Elena: Para mim, tem a ver mais comigo do que com o outro.

Suzy: Demonstrar interesse pelas nossas atividades pessoais e profissionais.

Caroline: Quando prestam atenção, me cuidam e me ouvem. O olhar. Querer saber como estou, querer passar um tempo. Me sentir desejada passa muito pelo meu corpo também.

Ana Katryna: Acompanhar meu desenvolvimento: não é fácil ser trans.

Carolina: Carinho, conversa e desejo.

Aline: Estar atento e presente na relação, ter disponibilidade afetiva e ter tempo para trocar, compartilhar a vida, pensamentos, experiências e reflexões e para falar e ouvir na mesma proporção e igualdade.

O que vocês consideram que significa “ser uma mulher bem-sucedida”?

Gaby: Isso é muito relativo, mas hoje, no momento em que estou, acho que ter liberdade. Liberdade. Liberdade econômica, liberdade de fazer, pegar, beijar, transar, viajar, fazer tudo sem pensar no que vão dizer de você. Acho que isso é sucesso. Também, uma das melhores coisas que aconteceram comigo foi quando viajei para o exterior e, no hotel, a televisão do quarto apresentava: “Bem-vinda, Sra. Gaby”. Isso é sucesso.

FK: Quando eu tinha 15 anos, me ensinaram que uma mulher bem-sucedida é aquela que escreve um livro, planta uma árvore e tem um filho. Isso permeou minha vida, até que escrevi um livro, plantei mais de 100 árvores só no ano passado e tenho duas filhas maravilhosas. Mas ainda não me sinto uma mulher bem-sucedida. Trabalhei em alguns empregos e tive empreitadas. Em todas fui bem-sucedida, tive destaque, fui professora universitária, tenho várias conquistas nessas áreas, mas ainda não me sinto bem-sucedida. Então não tenho uma resposta para dar, porque algumas coisas em que eu acreditava não são verdade. Estou no caminho da descoberta e da autoavaliação para ver se descubro.

Luana: Desde criança, fui estimulada a construir uma autoestima intelectual muito alta, e isso foi importante para o meu processo formador, inclusive para o meu sucesso. Como mulher negra, é muito relevante ter sucesso profissional, conseguir as coisas, viajar para fora, passar no mestrado, no doutorado. Ao mesmo tempo, precisei de muito tempo de terapia para entender que a vida pessoal bem realizada também era uma das formas de sucesso. Não tenho medo nenhum de parecer esnobe ao falar das minhas conquistas. Às vezes, as pessoas me ouvem falar e dizem: “Nossa, como você é inteligente!”, e eu penso: “Você esperava que eu fosse o quê?”, porque as expectativas vêm muito baixas sobre nós, negras.

Fernanda: Trabalho em uma instituição católica há mais de 10 anos, onde tenho um cargo de gestão. A busca pelo sucesso profissional me fez abrir mão muitas vezes da minha liberdade de dizer quem sou quanto à sexualidade, por medo de perder o

trabalho. Hoje tenho alguma escolha. Minhas alunas sabem da minha sexualidade, meus chefes sabem, mas me preservo na vida pessoal.

Hellen: Me sinto realizada com uma conquista minha. Eu almejo construir a minha história, meu caminhar.

Pollyana: É quando você planejou um caminho e, mesmo com interferências e até mudanças, você vai chegando aos pontos que planejou.

Como foi a experiência de estar em um relacionamento com uma pessoa de classe social diferente (mais alta ou mais baixa)?

Caroline: Sou casada com uma pessoa de classe social bem diferente da minha. Ficou claro logo quando nos conhecemos. Gosto, porque aprendo muito. Ele pensa que não me organizei financeiramente por conta de não ter tido necessidade, e ele se organizou muito. Conviver com isso me mostrou que ele foi muito movido pela necessidade e eu fiquei um pouco acomodada em uma certa segurança. Isso me deixa bem para baixo às vezes. Não me sinto superior em nenhum momento por ter um contexto financeiro em que tive mais opções. No começo, percebi um preconceito da família e das amigas.

Gaby: Só pego classe W. Classe A é alguém que tem mestrado, doutorado. Estou sempre com a W. O melhor relacionamento que tive foi com essa classe, porque os valores são diferentes. Me sinto admirada e valorizada por essas pessoas. Por outro lado, me relacionei com uma pessoa muito simples e foi difícil, porque eu tinha que “puxar” dois (meus filhos) e mais ele. Já o professor universitário não está nem aí, está preocupado em fazer o artigo dele, é outra relação. Para mim, hoje, não faz diferença, porque o dinheiro do pedreiro e o do engenheiro são a mesma coisa.

Aline: Já me relacionei com pessoas de classes alta e baixa. O que pegou foi o valor do trabalho; não era tanto a pessoa ter ou não ter o dinheiro, mas era ela trabalhar para segurar a onda dela. Namorei um cara que não aguentei um mês em casa. Tentei ajudar de todas as formas, mas era muito folgado, não botava a mão na massa. O trabalho movimenta na pessoa a energia de sobreviver por ela mesma – e não botar na minha conta. Sobre namorar homem rico – nossa senhora! –, foi muito pior do que namorar gente pobre por causa de valores.

Hellen: Teve um momento em que eu estava conhecendo um menino e contei que era indígena, do interior, e ele quis saber como era a minha casa. Tive que explicar

que moro numa cidade, que ela tem as suas comunidades, onde existem aldeias com ocas, mas que não é porque é área indígena que só tem ocas. Fiquei abismada. Expliquei que minha casa era de alvenaria, que não era como as pessoas relatam ou passam às vezes na TV. Depois larguei de mão, porque não tive saco para explicar essas coisas. Vim muito nova para a capital. Quando cheguei, nunca falava de cara que era indígena, apenas com o tempo eu via a necessidade de alguém saber da minha origem e me respeitar. E todo mundo me julgava: “Ela é indígena, então deve morar em uma comunidade, deve fazer ritual, pintura, andar de cocar”.

Fernanda: Fui casada com uma mulher que tinha uma condição bem melhor que a minha. Sempre trabalhei muito, desde os 14 anos. Minhas conquistas foram muito fruto do meu trabalho e me incomodava aquela coisa de ela ir passar o final de semana na casa da família e voltar com o carro lavado e a revisão feita. Talvez tenha me incomodado por me fazer perceber a ausência que tive desse tipo de cuidado, pois minha família não tinha essa possibilidade. Me incomodava ter que ficar ralando, fazendo meus corres e, para ela, vir tudo tão fácil.

Vocês já sentiram algum preconceito por parte da pessoa com quem estão?

Luana: Meu pai se esforçou muito para pagar colégios caros, então a vida toda tive convivência com pessoas que tinham níveis superiores e pais que não tinham que se esforçar nada para pagar aquele colégio. Adquiri alguns privilégios. Depois de um tempo, pensei que não dava mais para ficar me relacionando só com gente branca, que não entende nada sobre a minha vida. Comecei a me relacionar com pessoas negras há alguns anos. Só que fico em um limbo em que as pessoas têm a visão de que minha vida é fácil, porque passei direto no mestrado, fui para o exterior nas férias, etc. Não veem todo o esforço por trás. A distinção de classe gera distorções no processo de visão de mundo que você tem, então sempre falavam isso: “Com seu pai indo te buscar na faculdade e estudando em escola de freira cara a vida toda é fácil”. A projeção sobre o que enxergo como família, relacionamento, carreira, viagem, etc. é diferente, então entra o estereótipo. A questão não foi só me relacionar com pessoas de classes sociais mais altas, mas mais baixas, justamente porque a dificuldade era nivelar coisas que, para mim, eram muito básicas, como o que você entende como família, como presença paterna. Para as pessoas, essa presença era comida na mesa e, para mim, é ser presente.

Camila: Fui bolsista em um colégio de gente muito rica, era a única preta. Me olhavam como se estivesse ali só porque era bolsista. Mas tenho também um preconceito:

não consigo me relacionar com gente que tem muita grana, porque os valores são completamente diferentes, então transitar com pessoas que são de classes mais baixas ou que não têm tanto conhecimento e privilégios é mais fácil, porque você se limita ao limite do outro. As pessoas de classes mais humildes parecem estar mais abertas à comunicação, mas vira e mexe sofro algum tipo de preconceito. Quando chego com um carro diferente, por exemplo, noto que as pessoas realmente reparam. Além disso, assumir o cabelo *black* natural, do jeito que veio ao mundo, faz com que o pessoal te olhe de uma maneira diferente, com preconceito. Algumas pessoas falam para o meu pai: “Suas filhas são pretas, mas não tanto assim, tiveram um conhecimento maior”. Penso: “Não sou branca, mas, quando convém, sou; mas também não sou preta”, então você fica no limbo. Ainda estou tentando me equilibrar em tudo isso e, para ter um relacionamento, é pior ainda, porque às vezes a pessoa te vê, mas às vezes não.

Gaby: Para ser preto, tem que ser pobre, fedido, ferrado, andar se arrastando. Então fica mais fácil se relacionar com uma pessoa menor. Quando fui fazer um trabalho com mães, havia uma negra como eu que perguntou: “Você é psicóloga? Você é muito escurinha para ser psicóloga”. E ela também era negra.

Elena: Eu já fiquei/namorei com um menino que não tinha nem um real e com outros que tinham muita grana. Em uma ocasião, terminei um relacionamento com um rapaz que tinha muito dinheiro. Em resposta, ele me enviou um presente caríssimo, que eu nunca poderia comprar. Devolvi. Achei que ele tentou me comprar com esse presente.

Hellen: Numa época do ensino fundamental, estudei em escola particular. Eu era a única diferente por conta dos meus traços indígenas. Olhava ao redor e via um monte de branca, de classe alta, de pai militar ou comerciante. Me sentia excluída, ninguém queria falar comigo, andava sozinha às vezes. Na época, não via como preconceito, mas, refletindo agora, vejo que era. Quando me mudei para a capital, também percebi um preconceito quando me chamavam de indiazinha. Estudo em faculdade privada e sou massacrada por não ter passado em faculdade pública, já que tem a política de cotas. Me sinto agredida. Meu irmão estuda em uma universidade federal e uma parte dos indígenas de lá sofria preconceito porque não falava sua língua indígena – como se fossem menos indígenas por não falarem a língua –, e aí a gente se sente perdido. Eu mesma sou indígena e não sei falar minha língua, o Nhengatu, que é da minha etnia Baré.

EIXO 2: VIOLÊNCIAS DENTRO DO RELACIONAMENTO

Os bambus se dobram com o vento, mas não quebram. Ao passar, voltam para a sua posição original. E do vento não sobrou nada...

O que vocês consideram um relacionamento abusivo? Quem já esteve em um relacionamento abusivo? Como foi essa experiência?

Kátia: Quando te limita em qualquer sentido, até no seu desejo sexual.

Camila: Abuso físico, mental (emocional), controle, manipulação.

Caroline: Relacionamento abusivo, para mim, pode ser qualquer relacionamento entre duas pessoas que gera sofrimento de alguma forma.

Luana: Ele varia: vai desde microtentativas de manipulações psicológicas até real maltrato. Eu tive uma experiência de um relacionamento que considero abusivo. Hoje, olho e penso: “Meu Deus, como eu me submeti a isso?”. Eram coisas muito sutis no começo, como desmerecer as minhas amigas, desmerecer minha pesquisa, minha família, em comentários muito leves e pequenos, que me incomodavam, mas não o suficiente para eu brigar ou qualquer outra coisa assim. Era uma tentativa de podar momentos de felicidade, de conquista, e foi sendo cada vez mais gradativo à medida que os comentários começaram a aumentar e a se tornar muito ofensivos mesmo, até o ponto do término, em que ele dizia: “Eu tinha vontade de te matar, porque você é extremamente mimada, você conseguiu tudo na sua mão”. Viver comigo, aparentemente, para ele, foi um inferno, mas ele sustentou até o momento em que eu disse não. Eram coisas como: “Você vai atender o telefone agora, porque eu preciso falar com você, porque eu quero falar com você! A gente não vai terminar se você não atender o telefone!”. E eu pensava: “Atender o telefone para quê? Para te ouvir gritando e berrando comigo de novo?”. Disso para ele me dar um tapa na cara é muito pouco. Disso para ele socar a parede e quebrar alguma coisa minha é muito pouco.

Elena: Eu aprendi a falar que estava em um relacionamento abusivo, porque eu não via e ainda sinto que talvez não fosse. Tem tantas coisas tão graves que acontecem que eu achava que não tinha o direito de falar isso. Não tinha coragem nem de falar. Eu trabalhava com ele. Isso influenciou muito, porque eu estava muito sozinha aqui

no Brasil; sou uma pessoa muito vinculada à minha família e aqui eu não tinha uma rede de contenção. Ele, super carismático, virou essa rede de contenção para mim. O relacionamento não era oficial porque ele tinha uma namorada. Ele terminava e voltava comigo, estávamos nessas idas e vindas. Tinha muito medo dele. Ele minava minha autoestima. Uma vez, contei sobre meu salário, que era cerca de R\$ 200,00 maior que o dele, e ele chegou a ameaçar destruir minha carreira. Éramos colegas de projeto, então ele me tirava do projeto, falava mal de mim aos meus colegas. Minha vida estava totalmente voltada para o trabalho, porque eu vim para o Brasil pelo trabalho. Era um inferno ir trabalhar, tinha que ir a reuniões com ele, estivéssemos ou não namorando, e minha pressão caía, sentia tontura, vontade de chorar, achava que iria desmaiar – e era do pânico que eu tinha dele. Na última vez que voltei com ele, voltei por medo. Pensava que era melhor ter ele como namorado do que como inimigo, porque ele se declarava meu inimigo. Tinha medo de ele ir à minha casa e fazer alguma coisa. Isso era violência psicológica. Ele nunca chegou a me bater, então não entendia como um relacionamento violento. Ele destruiu a minha autoestima. Nas épocas em que eu namorava com ele, eu sumia dos meus amigos e da minha família, porque sabia que ninguém aprovava.

Katitu: Eu e meu ex-companheiro éramos muito parceiros, tinha admiração entre a gente. Quando a gente se conheceu, eu tinha vivido muita coisa já, e ele mal tinha saído do bairro em que cresceu. Conversando com a minha terapeuta depois, dizendo que isso tinha me abalado, ela trouxe alguns pontos para eu enxergar como possíveis abusos, dentro de um padrão mais violento, mais coercitivo. No meu caso, é o fato de ficar tudo meio sobrecarregado para mim, são certos abusos que a gente vai sofrendo porque fica cansada, irritada, dá sempre a impressão de que é a gente que está errada, forçando a barra, quando, na verdade, é todo um contexto de opressões do dia a dia, que muitas vezes passam despercebidas. Por exemplo, no caso de homens que não fazem muita coisa, dizem: “Homem é assim mesmo!”. Na própria separação, percebia que já não estava legal, que ele não queria, mas não tomava atitude. Depois, conversei com amigas e elas passaram pela mesma situação, em que, às vezes, a pessoa não está mais afim, está ali só por estar, mas não clama atitude – isso fica sempre a cargo da mulher. Essa é uma pressão muito forte para nós, mulheres. Nós é que temos que agir, por mais que seja conflituoso para a gente também. São tipos de abuso. Quando eu tinha 17 anos, estava namorando há mais ou menos um ano. Naquela época, eu não questionava muita coisa que, hoje, questiono. Percebia que ele era agressivo comigo, criticava muito meu jeito de ser. Eu fumava e ele reclamava do cheiro do cigarro. Vivia emburrado e eu estranhava, porque não sabia o que ele estava pensando. Um dia, eu estava na casa dele, nós discutimos e resolvi ir embora. Ele veio atrás de mim, tentamos conversar e acendi um cigarro. Quando acendi, ele bateu na minha mão.

Minha reação foi jogar o guarda-chuva na mão dele, então ele me pegou e levou até o portão da casa do vizinho. As pessoas estavam na rua, todo mundo vendo. Ele começou a me esmurrar e a me dar um monte de socos na barriga. O pessoal até começou a gritar. Saí chorando e voltei a pé para casa – e era bem longe. Demorei mais de duas horas para chegar em casa, porque fiquei muito abalada. O pior de tudo, de uma certa forma, era que eu me culpava por algum motivo, por ter chegado a esse ponto de agressão. Ainda tentamos voltar, mas não deu mais certo. Foi uma experiência bem forte que tive. Me lembro que, quando a gente conversava, ele jogava as coisas, e isso foi uma coisa que comecei a perceber nos homens.

FK: Quando viola um ou mais dos nossos direitos, quando a pessoa ataca de qualquer forma nosso corpo, nossa alma, nossas outras relações de um modo geral – familiares, trabalho, amizades, etc. [...] Meu ex-marido era alcoólatra. Além de tudo. Aí, ele falava: “Eu bebo por sua causa. Porque você é muito difícil”. Sempre a gente é tanta coisa, né? Fiquei muito tempo chateada e acreditando nisso. Um dia, falei: “Quando te conheci, você já bebia”. Tive esse *insight* demorado: “Esse peso você não vai colocar nos meus ombros. Pegue e leve para você. Você já bebia quando eu te conheci e você nunca mais fale isso, porque não me serve. Eu não aceito mais”. Tirei os sacos das minhas costas e joguei para ele de volta. Disse que não iria mais aceitar aquele tipo de manobra, porque era uma manipulação negativa. E isso é super comum, porque sempre começa desse jeito. Tem a história do sapo: se você jogar o sapo em uma panela com água fervendo, ele vai pular. Mas, se você joga ele numa panela com água fria e vai esquentando, ele não vai perceber. E a gente também não vai perceber que a água está esquentando. Quando vê, está esse desastre. Como a gente pode, nesse contexto em que a gente vive, identificar quem é quem? Quem é o maluco da história? O manipulador? A gente começa a assumir o papel do outro, porque essa pessoa joga esse papel e essa culpa em cima da gente. Quando você entra em um relacionamento, perde um pouco o foco, porque está muito próximo e não enxerga o contexto.

Aline: Relacionamento em que o homem agride com palavras, não respeita meu lugar de fala, joga a responsabilidade da relação em mim, me desqualifica, me classifica de louca, chata, doente. [...] Meus pais namoraram desde a adolescência, minha mãe ajudou meu pai a se erguer como estudante, como cientista, como tudo, e ele acabou com ela, em todos os aspectos: emocional, profissional, relacional – ela não tinha mais amigo nenhum. Ela chegava em casa e compartilhava comigo. Isso contribuiu para eu melhorar a minha forma de me relacionar, porque a gente acaba repetindo os padrões dos pais. Mesmo que inconscientemente. Eu fugia de pessoas como o meu pai. Recentemente, depois que me separei, comecei a me ver me relacionando com

peessoas, inicialmente, que não tinham nada a ver com o meu pai, mas que tinham muita coisa a ver. O machismo, nos rapazes mais jovens, está se manifestando de uma forma bem diversa da dos homens da geração do meu pai ou mesmo da minha. Tive um namorado mais jovem, de 25 anos, um cara super pra frente, feminista – até a dissertação de mestrado dele era sobre mulheres na política. Ele vendia um pacote maravilhoso e foi o cara mais tosco com quem me relacionei. Surtava no mestrado e queria projetar todos os tipos de fracassos em mim. Tudo era minha culpa. Eu via meu pai agindo com a minha mãe e dizia: “Vai procurar uma ajuda, porque não vou ser a sua psicóloga”. É muito difícil sair, mesmo tendo consciência; a gente começa a achar que é responsável por tudo. [...] Existem várias formas de silenciar, não é só gritar e mandar calar a boca, é se fechar para o diálogo quando você quer se expressar. Acho essa uma das piores formas de silenciamento, muito opressora. Os caras mais novos não agrediam como meu pai, mas não queriam ouvir, transferiam as responsabilidades, queriam mulheres fortes e independentes que não dessem trabalho, porque não queriam responsabilidade em uma relação. Querem uma pessoa que não precisa conversar, que não tenha nenhum problema e não precise dividir nada com você. Nós não podemos brilhar, ser mais inteligentes – é a mesma coisa, só que de uma maneira diferente.

Pollyana: Quando uma das partes está sendo subjugada, de qualquer modo ou em qualquer nível.

Que impactos o relacionamento abusivo trouxe para vocês?

FK: Foi muito doloroso, também por ter persistido por muitos anos. Destrutivo do meu eu, da minha família, dos meus amigos, etc. [...] No meu caso, o pior foi o tempo. Quando você fica nessa situação de querer sair e não poder por muito tempo, acaba tendo que elaborar algumas defesas para você mesma e fica mais fraca, o que te atinge mais. Foi um furacão passando pela minha vida, devastando todas as áreas, inclusive a família. Quando saí, saí sem nada, sem amor próprio, sem autoestima, sem dinheiro, nada. Perdi todas as referências que tinha criado ao longo dos anos. Perdi os amigos comuns. Foi devastador nesse sentido. Fui eu que terminei. Fiz uma trouxa com as coisas dele, sabendo que iria pagar um preço. Apesar de alto, ainda era pouco perto do que eu estava passando. Tive que escolher, entre duas coisas ruins, a menos ruim, né? Estou muito feliz por ter feito essa escolha. Não consegui fazer antes, não tinha condição. Tenho um pouco de medo de me encontrar em uma situação em que possa estar vulnerável fisicamente. Porque mentalmente já me encontrei algumas vezes e consegui sair por cima. Mas não é fácil, um relacionamento é muito complexo; o que passa por dentro da gente são emoções, decisões, é o futuro que está em jogo. Hoje, ao menor sinal de tempestade, pulo do barco, não continuo em canoa furada.

Luana: Essas pessoas destroem a gente de um jeito muito profundo. Mesmo não tendo tantos anos de relacionamento, acho que, ao menor sinal, com a menor tentativa, você volta para a pessoa, porque ela faz você se sentir um lixo e é eternamente superior a você.

Pérola: Nós, mulheres, nos culpamos porque estamos dentro desse tipo de relacionamento – “Por que insistimos nesses relacionamentos?”. A questão é longa; são várias questões. Eu acho que tem a questão do machismo. Nós acabamos nos culpando enquanto mulheres. Vai além de identificar o que é, porque eu vejo como algo novo no sentido de nome. Faz pouco tempo que a gente consegue nomear isso e falar que é abuso. Acho que até me balançou um pouco a questão da resposta; por que será que, naquele momento, lá atrás, eu consegui identificar que isso era abusivo? Porque é tudo muito novo no sentido de a gente falar, entender e de a mulher dar nome a isso. Ela pode ter passado por isso, mas não ter entendido. Estando nesse relacionamento também é difícil se livrar, e aí a gente acaba se sentindo culpada de permanecer nesse relacionamento. Você termina e você volta. Além de tudo o que a gente já carrega, também vem essa questão da culpa. E as pessoas apontam também, como sociedade: “Ah, o marido tá fazendo isso, mas ela gosta, porque ela se mantém nesse relacionamento”.

Pollyana: Foi marcante, molda a personalidade de um jeito muito profundo. Dá um trabalho enorme “consertar”.

O que as ajudou a se recuperar desse relacionamento abusivo?

Elena: Minha psicoterapeuta, que me ajudou a sair do relacionamento, e também uma amiga de ferro, que me ajudou muito durante esses anos da minha vida. Eu conversava com as duas, né? A terapeuta me ajudando por saber que era um relacionamento abusivo e a amiga confirmando que “sim”.

FK: Eu fiz terapia, sempre gostei, faço até hoje, porque tenho outros problemas e meu relacionamento foi muito complexo. Para sair de tudo isso, de uma armação, precisei de ajuda. Tive ajuda no trabalho, da minha própria chefe e mais alguma amiga que eu tinha, e tive amparo psicológico e até psiquiátrico, porque entrei em depressão frente ao buraco que se abriu na minha frente em termos de tudo, né? Financeiros, né? Duas meninas estudando, um monte de coisas para pagar, tive que baixar o nível de vida muito drasticamente, de repente, de uma hora para a outra. Foi muito difícil e eu precisei de ajuda mesmo. Eu acho que, quando você chega ao fundo do poço ou lá por perto, é bom, às vezes, chegar em algum lugar para ter

melhor compreensão do que te rodeia. Porque, às vezes, a gente fala: “Nossa, que dia sem graça!”, mas eu acho a vida maravilhosa, porque tudo o que me aparece é maravilhoso, porque o que eu vivi era muito nebuloso, era uma noite sem fim.

Luana: Eu mandei mensagem para os meus amigos, mostrei a conversa e eles falavam: “Pelo amor de Deus, como você está se submetendo a um negócio desses? O que aconteceu com você entre duas semanas atrás e hoje?”. Não teve nexos. E foi mais a força de muita gente falando, amigos de diferentes grupos, pessoas que não o conheciam que deram o empurrão. Foi o apoio dos amigos que me deu um sustento para eu realmente não ficar muito mal.

Ana Katryna: A terapia psicanalítica e muita força de vontade (vou chorar agora). E o apoio da minha companheira.

Pollyana: O feminismo. E estar interessada em cuidar de mim mesma.

EIXO 3: CORPORALIDADE

É começar a libertação de a gente ter os nossos cabelos. Nós, eu digo, nós pretas, de ter nossos cabelos naturais. É uma história e uma transformação que vêm de dentro para fora.

Vocês gostam dos seus corpos? Acham que seus corpos são aceitos socialmente? Por quê?

FK: Não. Existe um padrão e estou fora dele. Estou acima do peso, sou mais velha, uso óculos e estou meio “detonada”. Isso não é um padrão de mulher, né? O padrão de mulher é uma loira, de olhos azuis, perfeita. Eu sou morena, de olhos castanhos.

Elena: Fui a uma ginecologista procurando anticoncepcionais, e ela me mandou emagrecer 15 kg. Aquilo me chocou um pouco. Perguntei por quê, e ela falou que era pela minha saúde. Os resultados do exame de sangue estavam perfeitos. Mas ela disse que de jeito nenhum me deixaria engravidar se eu não emagrecesse esses 15 kg. Eu estava indo procurar anticoncepcionais. Quando falei que não queria engravidar, ela ainda me disse: “Bom, se você se sente feliz sendo gordinha, tudo bem”. Saí quase chorando. Ela acabou com a minha autoestima. No final, me deu um abraço e explicou que estava fazendo isso para o meu bem, que eu não tinha que reagir na defensiva.

Caroline: Esse tema do corpo me marcou desde criança. Eu era uma criança meio gordinha. Com oito anos, meu tio, à noite, me trazia alguma coisa para eu substituir uma refeição por um *shake*. Hoje, tenho mais de 30 anos e sou uma pessoa que já pesou de 110 kg a 60 kg. Começo a correr, a ser esportista. De repente, a vida vira e muda completamente. Sinto os olhares mudarem, como se tivesse várias personalidades. Escuto de pessoas: “Tá magra, hein? Vê se não vai engordar de novo!”.

Kátia: Quando a gente está acima do peso, por qualquer problema que a gente vá ao médico, a questão é o nosso peso. “Você sabe que você está acima do peso, né?”. Se a pessoa estiver magra, aí, realmente, ela tem um problema. Se a pessoa está gorda, não é um problema, é porque está gorda. Eu fui uma vez ao médico porque estava com dor na coluna. Aí, ele falou assim: “A senhora sabe que está acima do peso, né? Seria bom pilates. Mas pilates é caro, né?”. Quer dizer, me chamou de gorda e me chamou de pobre. Fui ofendida duas vezes pelo médico (risos).

Camila: Nossos corpos não são aceitos. Inconscientemente, sei que não é um corpo malhado, que segue o padrão, que vai fazer com que a gente seja feliz. Mas é isso que é vendido e a gente acaba comprando. Eu tenho uma mãe que vem de dietas e que sempre falava: “Ai, meu corpo não está bonito, eu não estou bonita. Eu preciso estar assim, eu preciso estar assado”. E eu e a minha irmã desenvolvemos transtornos alimentares. Temos transtorno de imagem, e alguns estudos dizem que mães muito rígidas ou que tenham essa relação com o corpo podem ter filhas com transtornos. Eu tive pré-anorexia. Faço terapia até hoje para lidar com isso. Já cheguei a usar calça tamanho 48. Hoje uso 38 e não me acho magra. Surto com a ideia de ir para a praia. É a minha autoimagem, mas é o que vão falar. As mulheres são bem mais críticas umas com as outras nessa questão do corpo. Não me peso. Tenho intolerância a glúten e tive uma aceitação muito boa da doença celíaca, o que muita gente não teve. Por quê? Porque me regula para “eu não engordar”. Você não tem um ex-alcoólatra, então também você não tem uma pessoa que vai deixar de ter um transtorno e um problema de imagem. Então, para mim, é bem complicado mesmo.

Pollyana: Não gosto do meu corpo, mas estamos em processo para nos entendermos aqui: eu e o corpinho. Não acho que meu corpo seja aceito pela sociedade. Absolutamente não; estou bem longe do padrão. Para ajudar, tenho uma família de porte atlético e eles acham que eu não sou alta e magra por minha culpa (risos).

Vocês já quiseram fazer intervenção cirúrgica para alterar partes do corpo das quais não gostavam? Quais intervenções e quais partes do corpo?

Pérola: Sempre briguei com a minha barriga. A adolescência foi a única época em que usei blusa *cropped*, calça de cintura baixa. Meu corpo começou a se desenvolver e nunca mais usei esse tipo de roupa. Sempre briguei com a minha barriga. Essa questão de ir à praia e tal. Falava: “Ainda vou fazer uma lipoaspiração”, porque não me sentia bem com a barriga que tenho. Hoje, ela é igual à de um tempo atrás. Sempre tive essa vontade, mas acho que passou. Veio a questão da aceitação e, enfim, passou. Há dois anos comprei um *cropped* e usei com shorts e com calça.

Gaby: Queria fazer cirurgia no nariz para deixar fino. Tem a ver com a raça. Queria fazer cirurgia nas pernas porque são muito compridas. E queria fazer cirurgia na boca. Hoje falo que minha boca é linda, vou operar para quê?

Suzy: Nunca tive vontade de fazer nenhum tipo de procedimento por métodos muito invasivos. Ponho minha bermuda de *lycra* e vou fazer o meu treino tranquila. Atualmente, estou uns 15 kg acima do peso. Eu tinha um corpo que minha mãe vive falando para todo mundo que era lindo, maravilhoso, tinha uma foto bem magra, mas, hoje, eu me aceito muito mais do que naquela época. Gostaria de emagrecer por me sentir pesada, não por questão estética. Hoje ponho um short que há 10, 15 anos eu não colocaria, porque achava que tinha celulite, que iria aparecer estria. Meu corpo está *top* hoje para mim.

Pollyana: Sim. Redução de seios, barriga, braço e suavização de pele.

Como é a questão do cabelo afro para vocês? Acham que existe aceitação social?

Camila: Alisei o cabelo desde que me entendo por gente. Minha mãe alisava, na verdade. Minhas tias alisavam o cabelo. Um dia, minha irmã resolveu casar e decidiu passar pela transição. Tentei usar o cabelo natural por três anos, mas não tinha coragem. Dois anos atrás, cortei curtinho, bem “joãozinho”, e deixei crescer. Essa identificação da gente mesma com o cabelo foi muito importante, mas meus amigos se assustaram: “Nossa, mas como é o seu cabelo?”, e eu dizia: “Não sei, eu nunca usei ele natural”. Teve um certo preconceito. Ainda tem, até dentro da minha família. Minhas tias falavam: “Ah, mas você não vai aguentar”. Eu, minha irmã e uma prima passamos pela transição. Falavam que iria ficar feio. Eu olhava no espelho e falava: “Será que vou ficar bonita? Vai ficar legal?”. O que eu tinha como padrão não era o cabelo crespo. Hoje, você vê a Maju Coutinho, várias mulheres na TV, mas o que era um padrão de beleza para mim era a Barbie, as princesas da Disney: todas têm cabelo liso. Eu

tentava chegar naquele ideal. Foi uma caminhada bacana de autoconhecimento. Vou bater no peito por conta disso e, se tiver filhas, ou com as minhas sobrinhas, espero que elas tenham essa identificação, muito importante, que faz muita falta. Já tive corte químico, fiquei quase careca em algumas partes do cabelo – isso escraviza a gente. É um processo, um caminhar muito longo, mas pra todo mundo que me pergunta se acho que dará conta eu digo: “Faça isso para você se conhecer, é um processo muito transformador, libertador e muito bonito!”.

Pérola: Tenho o cabelo bastante crespo. A libertação é para termos os nossos cabelos – me refiro a nós pretas –, para termos os nossos cabelos naturais. É uma história e uma transformação que vêm de dentro para fora. Desde criança eu aliso o meu cabelo, então não o conhecia. Logo, acho que não me conhecia. Fazer toda essa mudança não é fácil, é uma mudança interna para poder suportar o que vem de fora. Quando tive coragem de mudar, as pessoas diziam: “Era tão bonito o seu cabelo daquele jeito. Não vai mais alisar o seu cabelo?”. As pessoas não entendem isso, que é muito libertador. Eu mudei de cidade e estado e fiquei longe da minha cabeleireira, onde eu fazia a química. Por conta de tantos maus-tratos que eu tive com o meu cabelo, tem uma parte em que me falta cabelo. Tinha medo de isso acontecer novamente. Decidi que ninguém vai mais tocar, queimar e derrubar o meu cabelo no sentido de química. Depois de oito meses, eu já não aguentava mais o que via no espelho e foi quando decidi que iria cortar. A sensação é libertadora. No momento em que me vi no espelho com o cabelo bem curtinho, bem crespo – eu não sabia que ele existia e o que era – foi muito libertador! É emocionante falar, porque é uma mudança, é uma transformação de vida!

Caroline: Sempre tive cabelo comprido e cortei no começo do ano. Senti que as pessoas não gostaram muito. Cortar o cabelo curto para a mulher também é um processo meio libertador. Eu não tinha a dimensão de que o cabelo era uma coisa que determinasse tanto. Chega a determinado ponto em que eu quase falo que vou deixar o meu cabelo crescer só para a pessoa sossegar um pouco, porque ela fica tão incomodada... Minha mãe e meu marido não gostaram, mas eu amei. Nesse final de semana, um cara perguntou: “O que aconteceu? Você virou sapatão?”. Eu falei: “Não! Por que eu não posso ter o meu cabelinho curto e ser feminina? Não tem problema nenhum! Por que as pessoas associam uma coisa com a outra?”. As pessoas querem controlar tudo: o seu cabelo, o seu corpo.

Gaby: Me libertei com 15 anos. Minha mãe sempre fez trancinha no meu cabelo. Duas trancinhas e um lacinho. Era uma tragédia toda vez que a minha mãe falava assim: “Vamos pentear o cabelo!”. Quando fiz 15 anos, fui ao cabeleireiro e raspei bem

curtinho. Eu não podia fazer a unha até os 15 anos, não podia pintar o rosto até os 15 anos, não podia fazer nada. Mas, com 15, eu pude. Fui colocar a trancinha com 20, 21 anos. Nesse ínterim, fui morar nos Estados Unidos e alisei o cabelo. Até a pessoa com quem eu trabalhava na casa falou “Nossa, ela arrumou o cabelo! Agora virou gente!” e tal. Eu usava o cabelo liso, “chanelzinho”, daí coloquei as trancinhas por muitos e muitos anos, porque era mais fácil. Hoje, com o cabelo assim, tá difícil ainda, porque tirei as tranças faz pouco tempo. Antes, eu tirava as tranças e cortava bem curtinho, cheguei a passar máquina zero, máquina um, dois; não ligo, cabelo cresce. É a primeira vez que vejo meu cabelo crescer. Tá curtinho, sem forma, porque não tem como ter forma. Aqui tem cabelo pra caramba, não quero alisar. Tenho trauma desde a infância. Minha mãe falava: “Gaby, cadê os laços do cabelo?”; era lágrima na certa. Como não tinha laço, alguém tinha que ficar puxando o cabelo.

Vocês sentem que o envelhecimento afeta, de alguma forma, seus relacionamentos?

Fernanda: Com o amadurecimento e o passar do tempo, a gente vai tendo mais firmeza no que quer. Quando mais nova, era muito mais fácil se relacionar porque estava tudo bom; se não deu certo, ok. Foi muito importante conseguir aprender a ficar sozinha já mais velha. Aprender que não dependo de outras pessoas e que, se voltar a casar novamente, vai ser com alguém com quem tenha realmente afinidade. Não que não tivesse na relação antiga, mas acho que era um pouco imatura. A gente fica pensando melhor se vale a pena, se realmente quer estar com alguém ou se é melhor ficar sozinha.

Elena: Estou namorando um homem alguns anos mais novo. Vejo que quem está com todos os dramas e dificuldades pelo fato de ser mais velha sou eu. Fico pensando se ele gosta do meu corpo, se não vê que eu estou envelhecendo e não consigo lidar com isso. Não passo para ele, mas estou sofrendo de um jeito que nunca sofri. Estou aprendendo com o fato de ser mais velha e pensar: “O que os amigos dele vão achar de eu ser a mais velha da turma?”. Desde o ponto de vista estético até ter filhos ou não. Depois de cinco anos, me dei a possibilidade de ter um relacionamento com ele e nunca fui tão feliz.

Camila: Estou pensando se vou, ou não, ter filhos. Estou iniciando uma relação à distância e já falo: “Ah, mas você vai querer ter filho?”. Tem uma pressão minha de falar: “Desencana, deixa acontecer!”; e, lá na frente, se eu quiser ter filho e não conseguir? Um filho biológico. Isso me faz buscar homens mais velhos porque, na minha idade, cinco anos faz diferença. Acho que temos que viver o presente, mas

temos que ser responsáveis pelo futuro também. Tenho que ver se quero um filho biológico. Então, a hora é agora. Será que com 40 encaro? Isso me dá uma sugada às vezes. Marquei um médico para talvez fazer a coleta dos óvulos, porque não sei se joga isso para o futuro ou se banco.

EIXO 4: SEXUALIDADE

Ainda não me dei conta, completamente, do que é ser uma mulher. À medida que relaxo e deixo minha “mulheridade” existir mais livremente, não me preocupo.

Na opinião de vocês, o sexo e/ou a atração sexual são importantes nos relacionamentos? Como vocês entendem que essa importância se manifestou em seus relacionamentos?

Fernanda: Nos meus relacionamentos, sempre parece que teve um momento em que diminuí a questão da atração ou, pelo menos, diminuí a frequência com que se fazia sexo, e isso abala demais. Isso interfere muito no relacionamento, mas é curioso porque, no meu relacionamento atual, mesmo com a diminuição, como tem a questão da constituição de família, de filhos, acaba não pesando tanto quanto pesou das outras vezes. Mas acho fundamental em uma relação.

Carolina: Eu acho que relacionamentos longos tendem a diminuir a frequência sexual, mas eu venho de três relacionamentos em que essa frequência diminuía muito rápido, e isso me incomodava bastante e incomodava as outras pessoas também. De certa forma, se o relacionamento está no começo, acho que é importante, sim, mas, depois de um tempo, o companheirismo fala bem mais alto do que a sexualidade.

Katitu: Eu acho que a própria atração sexual é uma construção. Quando estou paquerando alguém, não sei se vejo isso antes de conhecer a pessoa. É claro que você vê, repara no jeito da pessoa, mas acho que vai muito se construindo esse desejo, que tem a ver também com o conhecimento dos corpos. Na minha relação que durou quase 10 anos, também aconteceu isso, de ir diminuindo bastante a frequência sexual; juntou com outras rotinas que existem e resolvemos abrir a relação para experimentar, ter outras experiências, principalmente nessa parte do sexo. E foi muito confuso, mexeu com muita coisa. Mas, com certeza, em relação longa é também o companheirismo que vale muito.

Pollyana: Sim. Eu acabo associando muito a atração sexual ao fato de ser atraente. Então, se não rola, eu fico achando que “é culpa minha”, que eu não estou “gostosa” o suficiente. Mesmo racionalizando a situação, ainda é um sentimento que eu carrego e que gera eventuais desgastes.

Por que vocês acham que ocorre essa diminuição?

Carolina: A rotina e o trabalho ajudam nessa diminuição. Às vezes a gente está estressada, e isso acaba interferindo na relação. A idade também. Eu já tive uma época em que era muito sexual e acho que ultimamente estou muito bem, estou querendo também pensar em outras coisas.

FK: No começo de uma relação, é mais comum as pessoas enxergarem as partes boas das outras, então você se encanta um pouco mais e tem um interesse maior, uma atração maior. À medida que você vai conhecendo a pessoa e que deixa de haver um pouco do fator surpresa, o interesse vai diminuindo. Eu concordo que a rotina, outros interesses, o trabalho, os filhos, tudo pode interferir, mas a idade, no meu caso, acho que não é um fator tão importante quanto os outros.

Fernanda: Sobre a minha relação atual, acho que tem muito a ver com a questão da maternidade. É como se a libido fosse transferida. Eu amamenteei até os dois anos e meio, então é um processo. Parece que o nosso corpo não se interessa mais por determinadas coisas, e então tudo diminui e, quando diminui, é difícil voltar. É um exercício ter que voltar.

Vocês se sentem ou já se sentiram obrigadas a fazer sexo, mesmo quando não querem/queriam, para satisfazer a outra pessoa? Por que vocês acham que isso acontece? E como se sentem quando isso acontece com vocês?

FK: Já aconteceu de eu me sentir obrigada várias vezes até o momento em que eu percebi que não tinha obrigação. E não me sentia bem. No começo, me sentia cumprindo uma tarefa, uma obrigação; aquele velho papel da mulher que é obrigada a desempenhar algumas funções, como lavar a louça quando não está muito afim. Mas, aos poucos, fui percebendo que podia responder do jeito que eu queria e me senti bem melhor. Foi uma libertação e um processo de empoderamento, de mim comigo mesma. Então eu me colocava da mesma forma que o outro se colocava como quem estava afim; eu me colocava como quem não estava afim. É uma questão de diferença de opinião a respeito do mesmo assunto – e precisaria de duas opiniões iguais para que acontecesse alguma coisa.

Katitu: No meu caso, não foi obrigação, mas mais uma coisa de você fazer pelo outro. Porque teve uma fase em que eu estava bem sem vontade e, como eu estava em uma relação já estável há muitos anos, ficava preocupada de ele ficar sem. Era uma questão de fazer esse esforço, mesmo não estando com muita vontade, para que ele tivesse prazer. Mas eu não me sentia muito bem de fazer por fazer.

Camila: Eu me vi numa situação de fazer sexo por obrigação – naquele momento em que eu estava realmente bem cansada, só queria estar com a pessoa. A primeira vez ele até perguntou se eu estava bem, porque eu não estava lubrificada. Já ouvi algumas amigas falando: “Eu não estava afim, estava lá, mas você sabe, né... Emprestei o corpo, fiquei lá, ele acabou, eu fui dormir e não me encheu o saco”. Eu acabei fazendo isso uma vez e, na segunda vez, realmente não rolou. Na primeira vez, até me machucou, porque eu não estava mentalmente ali, não estava naquele momento, estava com outras coisas na cabeça. Homem acaba associando muito essa questão de estar ali e sexo. Para mim, é diferente, tem que ter todo um conjunto, tenho que estar realmente afim. E, na segunda vez, consegui falar para ele: “Não quero, não estou afim hoje, a gente só vai ficar junto e é disso que eu estou precisando”. Foi o primeiro cara com quem eu consegui realmente verbalizar e, a partir disso, ter uma comunicação melhor na questão do sexo. Foi libertador também poder falar isso – e que se dane se não quiser ficar junto.

Ana Katryna: Não, mas como sou “ex-homem”, como se diz, a pressão por desempenho sexual é ainda muito forte pra mim. Isso porque não me dei conta ainda, completamente, do que é ser uma mulher. À medida que relaxo e deixo minha “mulheridade” existir mais livremente, não me preocupo. É gradual – ou, pelo menos, tem sido.

Pollyana: Não, mas acho que acontece, porque a gente cresceu aprendendo que sexo é uma obrigação e que a recusa é ofensiva.

Vocês acham que existe/existiu igualdade em relação à satisfação sexual nos seus relacionamentos atuais e passados? Há/houve preocupação da outra pessoa com o sentimento de vocês em relação ao sexo? E há/houve atenção de vocês com relação à outra pessoa?

Katitu: Muitas vezes eu precisava de um tempo maior de estímulo e ele era mais rápido; logo depois que ele terminava, descansava ou saía pra comer alguma coisa e eu ficava um pouco a desejar. Acho que isso era um fator que implicava muito na minha falta de prazer, de satisfação, de desejo, porque às vezes eu tinha que me esfor-

çar muito pra conseguir alcançar alguma coisa ali, o que me deixava cansada, e acho que fui, aos poucos, perdendo a vontade.

Camila: Eu sempre tento falar quando algo não foi legal, quando não gostei. Tenho que ter essa troca com o parceiro, porque cada parceiro é diferente, com cada parceiro a gente tem uma troca diferente. Para mim, ter essa liberdade com o parceiro é muito importante. Sobre a questão de sexo oral ou de preliminares, eu já falei para um parceiro: “calma aí que eu não cheguei lá ainda, não estou nem lubrificada pra gente já começar a pensar em outras coisas”. Então eu tenho que realmente falar isso. Tem caras com quem eu saí que têm toda uma atenção para a questão de preliminares e a penetração vai ser a última coisa que eles vão fazer, mas tem outros que já querem ir direto para o “vamos ver”, e comigo não funciona assim.

Fernanda: Eu penso no tanto de risco que já sofri, que todas nós sofremos. Lembro da época em que eu ficava com os caras; você conhece o cara naquele dia e vai para um canto com ele. O risco que a gente sempre corre, o quanto falar um “não” para um cara com quem você está ficando pode ser um risco. Depois que comecei a ficar com mulheres, parece que isso deixou de ser uma preocupação.

Katitu: Eu estou me relacionando com um cara, a gente está se conhecendo, mas, apesar de eu achar ele muito respeitoso, de certas maneiras que ele fala parece que existe uma pressão, porque tem momentos, por exemplo, que a gente está lá e eu vejo que não estou lubrificada, mas parece que ele quer fazer do jeito dele.

Camila: Eu namorei um cara que era dos Estados Unidos, e é culturalmente muito diferente a maneira como uma pessoa de outro país lida com essa questão de sexo. Com ele eu senti muita dificuldade, tentava conversar e ele se sentia meio agredido em ter que conversar sobre isso; a nossa experiência foi muito ruim, ruim mesmo – é o que eu classifico como o pior sexo da minha vida. Acho que existe a questão de nós, mulheres, [precisarmos] conhecer o nosso corpo, saber do que gostamos; nós temos essa coisa de não nos tocarmos, então, quando estamos com o outro, também não sabemos como falar que algo não está legal.

Do que vocês mais gostam no sexo? É possível falar sobre essas preferências com a pessoa com quem estão? Como é isso para vocês?

Camila: Eu tive experiências que não foram tão boas, então, preliminares são uma coisa extremamente importante pra mim; vale sexo oral, beijo, carícia, fazer alguma coisa diferente, uma massagem, preparar o ambiente – tudo isso, pra mim, faz parte da

relação, do sexo em si. Vale camisinha diferente, vale um cheirinho diferente, uma *lingerie* que você queira usar para você mesma, e, se não deu certo, a gente tenta outra coisa.

Carolina: Acho que sempre tive facilidade para falar e gosto de preliminares, gosto de uma conversa antes até da própria preliminar sexual; é uma preliminar pra mim, então tem toda uma dinâmica. Gosto dos momentos que dão essa sensação gostosa, que deixam você mais afim da outra pessoa naquele momento.

Katitu: Eu não sou muito de falar, então eu gosto muito que a pessoa perceba, até pelas minhas reações; gosto mais desse jogo, no sentido de interagir, e, a partir da interação, uma pessoa ir percebendo a outra. Uma das coisas de que eu não gosto é o cara pegar minha mão e colocá-la em algum lugar; fico nervosa, porque acho que tem que ser uma coisa natural, então, quando eu vejo que a pessoa quer se impor demais naquele momento, desanimo bastante.

Pollyana: Varia muito. Quase como se eu fosse várias pessoas diferentes. Me expresso bem sobre isso e sou respeitada.

De que coisas vocês não gostam no sexo?

Carolina: Tive uma namorada que queria que eu batesse nela; foi uma coisa muito estranha, travei, falei que não ia rolar e ela ficou muito brava. Acho que violência, pra mim, de qualquer tipo – bater, puxar cabelo –, não me atrai em nenhum momento.

Camila: Eu não sei que fixação os homens têm em fazer sexo anal, mas é uma coisa que, pelo menos pra mim, você tem que estar muito louca e no auge do prazer para acontecer. Eu me sinto muito desconfortável nesse momento em que eles pedem ou tentam; essa coisa do tentar, pra mim, tem que ser muito consensual. Sexo anal não é uma coisa que eu curto muito não.

Fernanda: Até os 24 anos eu só me relacionei com homens e não tinha o menor problema com sexo com homens, mas, quando fui me descobrindo lésbica, tive muita dificuldade. A minha iniciação no sexo com mulheres foi muito no sentido de eu conseguir atingir o orgasmo; era muito difícil pra mim, porque eu estava acostumada com outro tipo de relação, então tive essa dificuldade até entender o meu corpo, até reaprender ou aprender algo diferente – e descobrir o corpo de uma mulher também. Então eu questionava: “mas o que eu estou fazendo? Por que esse desejo tão grande?”. Porque eu não tinha problemas com homens, nunca tive essa aversão, então isso foi bem difícil pra mim, mas passou.

Katitu: Eu já passei por isso de ficarem várias vezes insistindo na questão do sexo anal. Uma vez cheguei a falar para o cara de uma maneira séria que eu tinha vontade de comprar uma calcinha com pinto de plástico para enfiar no dele, e ele ficou muito assustado e desistiu. Então é uma boa estratégia para o cara parar de encher o saco. Sobre a questão dos tapas, meu primeiro namorado, com quem eu perdi a virgindade, gostava, e, quando eu cresci, não se falava de educação sexual, então eu não tinha muitas referências de como era isso. Eu tinha 17 anos e achei que sexo envolvia isso, achei que fazia parte. Eu não gostava de receber, mas, quando ele pedia, eu fazia.

Pérola: Eu gosto de várias coisas no geral. Sexo anal é algo de que eu gosto, mas também não é assim de uma vez, tudo tem que ser combinado, tudo tem que ter tesão envolvido, e eu consigo, sim, falar do que eu gosto e do que eu não gosto. Eu sou bem honesta e também acabo não fazendo se tem alguma insistência.

Com que idade vocês perderam a virgindade?

Camila: Eu já estava com 25 para 26 anos e tinha essa coisa idealizada de encontrar um namorado. Meu pai é uma pessoa bem aberta e falou pra mim: “Você está com quase 26 anos; não que você não possa continuar virgem, você pode continuar, mas, se você achar que está pronta, que está se sentindo bem com a sua sexualidade, vai lá”. Então eu conheci um cara de Campinas, a gente se dava super bem e foi muito engraçado, porque meu pai me levou na rodoviária e falou: “Vai, e espero que dê tudo certo”. Eu não contei para o cara que eu era virgem; eu estava querendo e foi muito bom, não me arrependo, foi no momento certo, com a pessoa certa naquele momento, não tive dor, fui super relaxada. Pra mim foi tardio, mas ter o apoio da minha família nesse momento foi importante. Eu sempre conversei muito com o meu pai sobre essa questão, então foi um pouco diferente do que acho que foi para a maioria das pessoas, mas foi legal.

Carolina: Eu perdi com 21 anos. Foi com a minha primeira namorada e foi muito estranho, porque, de certa forma, eu já tinha toda a noção do que era sexo, masturbação, mas, como eu nunca tinha tido contato com outra pessoa, não sabia o que fazer e ela não conversou muito comigo. Talvez, se eu estivesse menos nervosa, teria me divertido mais; foi muito estranho, levei um tempo para entender algumas coisas e, como eu nunca havia tido relações sexuais com homens, tive uma descoberta ali, com a primeira mulher com quem eu fiquei. Porque até então eu tinha ficado com homem, sem ter transado, e nunca tinha ficado com mulheres, então foram várias descobertas ao mesmo tempo.

Que diferenças vocês percebem quando a parceria é mulher e quando é homem em relação ao sexo?

Fernanda: Acho que a maior diferença é que eu faço muito mais esforço, porque eu quero, para satisfazer uma mulher do que eu fazia para satisfazer um homem. Com homem, eu ficava bem passiva. Sexo oral em homem eu nunca gostei de fazer, já em mulher eu gosto; a satisfação que tenho em dar prazer para uma mulher acontece, coisa que para homem meio que tanto fazia. Nunca tive problema de ter um orgasmo com um homem, mas a coisa fica mais completa quando tem essa preocupação, e eu acho que a minha falta de preocupação em satisfazer o homem não é nem da minha parte, porque a satisfação deles era muito mais simples. Então, acho que descobrir essa possibilidade de dar prazer para outra pessoa, de ser meio que responsável por isso também, acaba sendo muito diferente.

Ana Katryna: Nenhuma diferença. Mas eu sinto diferença em relação a pessoas específicas; não me imagino transando com outras pessoas.

Pollyana: As mulheres são mais sensíveis às minhas reações de um modo geral.

Vocês acham que a pandemia e o isolamento social tiveram algum impacto na sua vida sexual? Qual foi esse impacto, o que mudou, o que vocês sentiram?

Fernanda: A pandemia atrapalhou bastante. O estresse gerado, criança fora da escola, trabalho remoto, a casa fica mais suja, a louça fica mais suja, então acho que esse estresse todo interferiu, sim, na questão sexual.

Pérola: Totalmente, porque gosto muito de sair, tenho a questão do sexo casual e, com a pandemia, não vou para lugar nenhum. Com certeza a pandemia impactou bastante.

Camila: Eu não tenho tanto costume de sair. Eu tive sexo agora na pandemia com um cara que eu já conhecia há 10 anos, mas, para mim, não teve tanto impacto, até consigo viver bem assim, digamos, uma vida celibatária; então, para mim, está bem tranquilo em relação a isso.

Carolina: Eu vivo sem sexo muito bem, para mim não tem problema. No começo da pandemia, comecei a namorar e, no meio da pandemia, a gente terminou, então, para mim, tanto o sexo quanto o não sexo durante a pandemia foram tranquilos. Não tenho problemas muito grandes com isso.

EIXO 5: MATERNIDADE

A maternidade, para mim, é uma questão de mobilização de poder nosso, um poder feminino. Só que eu posso querer mobilizar isso ou não.

Você já se sentiu pressionada a ser mãe?

Caroline: Esse é o meu tema atual, porque tenho mais de 35 anos e nunca tive muita vontade. Meu companheiro não tem muita vontade; aliás, ele acha que vai atrapalhar coisas que ele gosta muito de fazer. Eu é que estou na dúvida, fico pressionada por não ter, porque, se eu quiser, eu já tenho o “não”. E se for um perrengue? Como eu vou dar conta disso sozinha? É capaz de eu ouvir lá na frente: “Ah, eu avisei”. Então, tomar a decisão, sabendo que estou indo contra avisos e já um certo posicionamento de ter uma clareza de que não quero, é realmente difícil... E ainda sabendo que talvez eu tenha que enfrentar um tratamento de saúde, uma preparação – porque, na minha cabeça, tenho um pouco de dificuldade de ter filho. Não é uma coisa constatada, mas acho que tenho. Todo mundo dá opinião, mas já ouvi mais de uma vez que os primeiros meses depois do nascimento da bebê são os de maior solidão. É meio contraditório isso para mim. Só confirma que tem que ser uma decisão muito bem sentida pela própria mulher. Eu acho que a maternidade é uma questão de mobilização de poder nosso, um poder feminino. Só que eu posso querer ou não. Eu posso mobilizar isso ou não. É uma coisa muito forte. Para mim, é difícil identificar esse desejo. Cheguei a fazer desenho de árvore genealógica, porque, se eu não tiver filho, minha família acaba. A geração acaba, o núcleo da família se encerra. E o do meu marido também. Eu não tenho que levar isso em consideração, mas gosto de pensar em histórias familiares, lembrar das pessoas que constroem nossa memória, nossa identidade.

Fernanda: Nunca me senti pressionada por ter, mas já me senti por não ter. Quando falei para o meu pai que eu ia fazer a fertilização *in vitro*, ele disse: “Tenho medo dessa criança, que vai sofrer preconceito”. Quando a tia da minha companheira soube que eu estava grávida, falou: “Nossa, coitada dessa criança!”. A gente está fazendo o tratamento para ter o segundo filho, e aí tem mais um tanto de gente falando para não ter. As pessoas entendem que vai ser um sofrimento pra criança, quando, na verdade, elas é que não estão aceitando que essa criança vai ter duas mães. Aí, quando nasce, tudo bem: “Ah que linda!”, “Que fofa!”, mas aquilo fica na memória durante um tempo. Minha companheira não quer ter a gestação, e estamos em um processo de fazer nova fertilização *in vitro*. Fizemos a captação dos óvulos dela e vou engravidar

de um embrião de um desses óvulos. É uma pressão tão grande para ela. Enquanto ela tomava todos os hormônios – que é como se você estivesse grávida do ponto de vista biológico –, um monte de gente, inclusive a médica, achou que ela ia ter vontade de engravidar, mas muito pelo contrário. Ela falou: “Não quero passar por isso por nove meses, de jeito nenhum!”. Tem essa pressão, parece que, para ser mãe, precisa ter a gestação. A sociedade espera muito isso. E ainda tem uma ideia assim: “Ela é folgada, já que tem uma outra para fazer por ela”. É uma coisa muito maluca a forma como a sociedade se coloca em relação a isso. Com casais homoafetivos, não acontece de dar a louca do tipo “Vamos ter um filho?”, dar uma trepada e ter um filho, engravidar. Isso não é uma possibilidade. Então a gente vai adiando. Porque a gente sabe que, se a gente pensar racionalmente, é preciso um tanto de coisas. Estou com 40 anos e pensando em ter o segundo filho. É um negócio que você vai levando. Eu sei que parece irresponsabilidade, às vezes eu sinto falta de ter essa coisa assim do: “Pô, vamos tentar agora?”. Porque, se eu tivesse essa possibilidade, eu com certeza já teria tido filho antes. Eu fui ter o primeiro filho com 36, e agora estou pensando no segundo filho com 40.

Elena: Eu nunca terminei de tomar uma decisão, mas eu nunca tive vontade de ter filhos. É uma coisa em que penso muito, mas não dou conta. Tive essa conversa com minha mãe, que falou: “Te vejo com muita vontade de ter filhos, você tem sim!”, “Não, não tenho”, “Você tem”. Uma conversa de loucos. Acho que o desejo dela é tão forte que acaba em simplesmente “Você não sabe o que está falando!”. Hoje ela está muito mais calma, mas já chegou até a brigar com a minha irmã porque não conseguia compreender que ela não queria ter filhos. É engraçado, para não dizer preocupante, como as pessoas que são alheias ao núcleo familiar ficam dando palpites e opiniões, pensando que a mulher está aí para reproduzir. Tive um colega de trabalho, de 60 e poucos anos, que nem tinha namorada, me falando para arrumar namorado logo, porque estava passando a minha hora. Tive uma tia que nunca teve filhos. Ela teve marido, sobrinhos, mas nunca teve filhos, e todo mundo tinha pena dela, falavam: “Coitada!”.

Pérola: Eu nunca tive essa pressão de ter filhos, apesar de não ter vontade de ter filhos. Eu não sei se tinha 20 anos quando decidi que não gostaria de ter. Meus pais sempre souberam, sempre deixei bem claro, e não houve pressão. Também não tive pressão no relacionamento. A pessoa com quem estava me relacionando tinha filho, então também já sabia dessa minha decisão e não houve pressão. Essa decisão é tranquila. Eu ouvia muito: “Ah, você não sabe o que está falando!”, “Não fala isso”, “Não repete isso nunca mais, você não sabe o que está falando, você é mulher, uma hora essa vontade vai aparecer em você!”. As pessoas veem a questão como se ser mulher fosse ser mãe sempre. A mulher nasceu para isso: se você nasceu mulher,

nasceu para ser mãe. “E como você não tem esse desejo? É um absurdo não ter desejo de ser mãe!”. Sempre tem pessoas que tentam dar um pitaco, que não são as pessoas que realmente estão envolvidas na sua vida e que acham que podem dar a opinião delas e falar o que você deve fazer ou não.

Hellen: Por ser nova, ainda não sofro essa pressão, mas acho que mais para o futuro talvez possa sofrer.

Luana: Creio que não me sinto tão pressionada justamente por ter apenas 22 anos, mas, quando os 35 baterem na porta, a história provavelmente será outra. As pessoas gostam muito de ficar dando esse pitaco, mas ninguém se preocupa com a justiça social para a criança. É a boa e velha hipocrisia. Ninguém lembra da criança no farol, mas, quando você não quer ter filho, as pessoas lembram que tem que ter criança no mundo. A grande questão para mim é: que mundo a gente quer deixar para os que estão vindo agora? Não para os que vão vir sem ninguém querer.

Camila: Eu tenho uma pressão muito grande, porque minha irmã está passando por um processo de fertilização *in vitro* agora. Então minha mãe esses dias me falou: “Ah, você não quer guardar seus óvulos? Você está com 36 anos”. Eu falei: “Não, não quero”. Eu sou celíaca e a doença celíaca está muito atrelada com a questão de você ser infértil. Tenho uma pressão da minha família, dos meus pais. Fui mandada embora do emprego recentemente, aí meus pais falaram: “Vai ter uma produção independente, a gente te ajuda a cuidar da criança”. A vontade é tanta que chegou nesse nível de pressão. Meus amigos me pressionam, é uma frase que eu escuto muito: “Nossa, você não tem filho? Você não é mãe?”. Desmerecem. Minha mãe fala isso também, sobre o fato de a gente não ter: “Você só vai saber o que é amor transbordando quando você tiver um filho!”. Para mim pega muito essa questão do desmerecimento por a gente escolher um caminho diferente. Tudo bem se você quiser ter filhos e montar uma família, mas tudo bem também quem não quer. Me pressionam falando: “Olha, você está ficando velha”. Eu tento lidar com isso de uma maneira mais tranquila, mas ainda não sei. Estou fazendo os exames para saber se estou infértil ou não. Não tenho uma resposta, mas também não é uma coisa que me incomoda, não é uma coisa que vou tentar a todo custo; no meu caso, ser mãe não é uma ânsia.

Suzy: Eu já tenho um filho de 12 anos de um... Não foi nem um relacionamento. Aconteceu, o menino chegou. O meu relacionamento atual é recente, tem três anos, e ele é pai de três filhos adultos não biológicos do primeiro relacionamento. Ele criou as crianças, então, para mim, ele é pai. Quando nós ficamos juntos, não é que havia essa pressão, mas havia essa expectativa, né? Tanto é que, de fato, eu engravidei. Quando eu

soube, já estava em processo de abortamento espontâneo, mas a situação me fez pensar em tudo muito rápido. Minha cabeça pirou na época, eu estava com 42 anos. Aí você começa a pensar: ser mãe após os 40. Comecei a ler, ainda estava em um processo de abortamento, podia ser que eu ainda conseguisse salvar a criança. A cabeça pira, porque você não está preparada. Depois eu falei: “Não, eu não quero, não estou preparada pra ser mãe”. Eu sinto muito por ele, sei que é um desejo dele, que ele gostaria de ter um filho biológico, mas falei: “Não, não estou disposta!”. Mesmo meu filho não tendo sido planejado, acho que foi muito certo. Tive filho com 33 anos. Havia uma pressão, porque nem me passava pela cabeça ser mãe na época, mas a família já pressionava. Telefonei para casa: “Eu estou grávida, mas ainda não decidi se vou ter”. Eles pularam na mesma hora: “Não! Você vai ter sim!”. E, dessa vez, foi ao contrário, aos 42 anos, quando perdi. A família falou: “Não dá mais pra ter filho”. E eu sabia que dava, mas não foi. Perder, não ter mais não foi uma opção, aconteceu. Não foi uma pressão direta dele, mas estava lá; no fundo, se o bebê viesse, ele ia querer muito.

Aline: Já me senti pressionada pela família e já me preocupei pela idade, mas fui me tranquilizando conforme fui lendo sobre mulheres que gestam após os 40 anos. Casei muito nova, com 23 anos; naquele momento não queria ter filho, pois queria me organizar financeiramente. No período dos 20 aos 30 anos, sofri uma pressão incrível. Da mãe dele, de ginecologistas, que, desde a adolescência, diziam que a idade ideal era até os 20 e poucos. Daí você vai vendo que tem uma mudança de mentalidade dos cientistas. Cheguei a escutar de primas dele: “Se não teve filho até agora, com nove anos de casados, não vai ter mais”. Só encontrava com elas uma vez ao ano e era recebida desse jeito. Acho uma falta de respeito, de consideração. Não perguntavam se eu podia, se eu tinha algum problema, se eu queria. Era muito drama, muito pesado. Eu nem queria visitar a família, principalmente a dele, porque era sempre muita pressão. Um ano depois que me separei, comecei a procurar ginecologistas mais jovens, com a cabeça mais pra frente, e me senti mais confortável – “Você está ótima, está produzindo um monte de óvulos”, eu estava bem de saúde. Dos 35 aos 40, tentei adoção. Tive guarda temporária de dois adolescentes e foi um desafio. Era muito questionada: “Você não pode ter filho?”. Não sei; a princípio, posso, mas tenho uma vontade do meu coração. Agora estou grávida com quase 42 anos. A alegria das pessoas é tão grande que comecei a questionar se acham que “Tadinha, foi frustrado o processo de adoção dela, então pelo menos vai ter um filho da barriga, que é dela de verdade”. As pessoas falam: “Você merece”. E fico pensando: “Mereço?”. Como se a maternidade fosse a coisa mais tudo que uma mulher precisa ter para ser feliz.

Gaby: Minha filha fala que não quer ter filho, porque só gasta seu tempo e dinheiro. Na minha época, não tinha essa possibilidade de pensar em não ter filho. Casei com

21, e minha ex-sogra falava: “Quando você vai me dar neto?”; e a mãe dela: “Tenha filho quando você quiser”. Quando decidi ser mãe, EU decidi ser mãe. É um detalhe ter pai. Os filhos são meus. Hoje, mais velha, amo criança de paixão, mas não quero mais. É uma escolha minha, tem a ver com quem a gente é. Ser mãe é muito bonito na televisão. Ter filho pequeno não tem nada de bonito. Essa maternidade linda e romântica não existe. Pergunto para os meus alunos: “Vocês já perceberam que a mãe de vocês é uma pessoa independente?”. Ser mãe é muito mais do que comprar sapatinho rosa e azul. Tem muita gente que não tem noção do que é ser mãe e também esquece que essa mãe é uma mulher, que tem dia que tá afim de transar, que tem dia que não tá afim de olhar pra eles.

Qual é o impacto da maternidade na vida da mulher?

FK: É muito atraente essa posição de mãe, porque é uma criação. Você está colocando uma vida ali. Mas é muita ilusão. Você tem que repensar seus valores o tempo inteiro e aceitar o que vem. Porque, se você cria a pessoa para ser livre, independente, depois não pode reclamar quando ela começa a ficar livre e independente. Você é posta à prova de si mesma. Não existe preparação da mãe. Existe para o parto, mas não para o filho. Não existem rodas de conversa em que você troca ideias: “O que você espera do seu filho? O que você espera para o seu filho? O que você pretende fazer, como será a educação?”. São coisas que você tem que saber antes. Tem que ter um plano pra essa pessoa, não dá pra improvisar o tempo inteiro. Acho que a gente é muito falho nisso, porque às vezes não existe nem diálogo entre marido e mulher para saber como lidar em conjunto com a educação dessa pessoa. E muito menos para saber lidar com o próprio corpo, com o corpo da criança, com tanta coisa que vem, problemas na escola, de relacionamento, diferença entre um filho e outro. Porque geralmente a gente não acerta; hoje a gente erra para mais ou para menos, né? É difícil alguém estar contente com a criação que teve, porque cada um tem um olhar, e cada um olha sob um prisma. Por outro lado, só consegui compreender minha mãe no dia que nasceram minhas filhas; eu tinha 30 anos mais ou menos. Até então eu não conhecia minha mãe, porque ela era uma pessoa que não falava nada, então eu não sabia o que se passava na cabeça dela. Acho que, para mim, esse foi um dos fatores mais importantes de ter tido filhos, de poder enxergar, de poder me colocar no lugar da minha mãe. Quando você deixa de ser filha e se transforma em mãe, você e sua mãe estão no mesmo patamar. E aí você tem uma visão completamente diferente da sua infância, da sua vida, de várias coisas.

Gaby: A gente foi preparado para ir para a faculdade, mas ninguém nos preparou para ser mães. Com cinco anos, você consegue controlar o filho e dizer mais ou me-

nos como é. E aí o pior é que a gente ensina umas coisas em que a gente acredita, e aquele serzinho se torna uma coisa. Contudo, você acredita que ele está contra você nesse momento porque você é a mãe. O que segura? Estou muito orgulhosa da minha filha, o grande problema é que eu sou a mãe dela nesse momento. Daqui para a frente vai ficar muito bom, mas agora você fala: “Gente, não é possível! Eu criei isso e agora esse isso não é o que eu queria!”. E eles: “Como assim? A mãe é você, mas eu tenho os meus direitos, e eu posso fazer, e eu tenho...”. Aí você fala: “Baixa a sua bola!”. E ela baixa a bola, mas por dentro está “grrrr”. É bem difícil pra mim. Quem nos ensina a lidar com a frustração de que a gente gerou uma nova pessoa que tem vontades? Eu nunca imaginei ver minha filha grande! Estou muito feliz, estou muito orgulhosa dela! A mãe dela está sofrendo, a mulher está vibrando! São as contradições da maternidade. Você quer amar, fazer, mas é muito difícil!

Fernanda: Tem um ponto que incomoda muito a minha companheira que é essa coisa de na escola falarem: “Ô, mãe!”. As professoras começam a te chamar de mãe e você deixa de ser mulher. Você é mãe, né? É a mãe do fulano. Eu não sou só mãe, não é só isso que eu sou. Acho que esse é um dos impactos, você ir perdendo, de algum jeito, a identidade. Você vai deixando de ser quem você é e vai ganhando outro contorno, outras possibilidades. Nossa vida toda agora gira em torno de um ser, né? No nosso caso, um, mas muda tudo! E sem romantizar. Tem um monte de coisa que muda pra melhor, mas tem um tantão de coisa que muda pra pior.

Caroline: Os aparelhos públicos dão outra dinâmica para a maternidade. Com a possibilidade de ter filho, é uma conquista ter uma licença maior, um afastamento maior para cuidar dos seus filhos nos primeiros anos! Tem que ser uma luta do privado para o público. A pandemia colocou esse trabalho como uma coisa que não tem como fingir que não é necessária. Eu não sou mãe, mas falo porque tenho uma mãe que se organizava para dar conta disso; meu pai ficava o tempo todo trabalhando fora, e era ela que conseguia flexibilizar as coisas, estava sempre sobrecarregada, teve vários problemas de estafa, de crise psicológica. Hoje ela tem uma doença, uma doença psicossomática, desenvolvida, que eu falo que com certeza é reflexo do que uma mulher passa ao longo de uma vida sobrecarregada, né?

Ana Katryna: Uma responsabilidade que extravasa tudo o que a sociedade possa dizer a respeito do assunto.

Pollyana: A cobrança de ser responsável pela nova vida e por tudo o que acontecer com ela. Todas as mudanças, a dedicação extrema, a centralização dos planos, as questões com a própria sexualidade.

A maternidade trouxe mudanças para o relacionamento e para a sexualidade de vocês?

Gaby: Eu acho que eu sempre fui mãe só. Eu só tive dois namorados que entraram na minha casa mesmo, dormiram na minha casa. Porque não dá para ser igual, entendeu? Vou fazer as mesmas coisas, mas tenho que sair, porque é outra coisa. Ter um relacionamento com um homem, dentro de casa, eu não sei o que é isso. Muda bastante. Porque ser mãe e pai é muito fôda. A relação de um dia, pelo menos, você quer ficar sozinha no seu quarto eu não consigo. E aí eu me sinto culpada. Por quê? Porque o meu caso é o específico do específico do específico. Meus filhos não têm pai, eu não tenho família no Brasil e não tenho outro parceiro. Somos nós três. Então, eles grudam em mim, literalmente, grudam em mim, sabe? Porque não tem aquela coisa “Vai pra casa do tio, fulaninho”. Não! É tudo comigo. Vamos viajar? É tudo eu. Vamos fazer? É tudo eu. Então, eu realmente estou querendo que ela chegue aos 18 para eu poder fazer alguma coisa (risos).

FK: Muda bastante coisa, porque você tem outras prioridades. Quando minhas filhas nasceram, eu tinha uma jornada de trabalho muito extensa e, quando não estava trabalhando e estudando, estava com dois empregos. Se tivesse que escolher o que fazer, eram as filhas e o trabalho e, depois, se sobrasse tempo, o marido, né? Eu ficava por último. Meu ex-marido era muito ausente e não tinha um trabalho com o qual ganhasse uma quantia fixa ao mês. Eu tinha muita preocupação com o sustento dos filhos, com permanecer em um padrão de vida, de educação. Já que eu tinha posto no mundo, tinha que fazer o mínimo. Mas o mínimo sempre foi pouco, sempre quis fazer muito mais em tudo o que fiz. Esse é um problema meu, mas atrapalhou bastante, porque permitiu que minhas filhas tivessem boa educação, mas sobrecarregou o relacionamento, inclusive comigo mesma. Não tinha tempo, roupa, comida para todos o tempo inteiro. Meu ex-marido tinha síndrome de Peter Pan, achava que era o menino da casa. Não era. Era o homem; eu, a mulher; e minhas filhas, as crianças da casa, cada um com seus papéis definidos. Ele teve dificuldade em assumir a paternidade. Lembra que eu falei que você só deixa de ser filha quando você se torna mãe? Para mim pelo menos foi assim, mas para o homem não deve ser a mesma coisa, porque eles são filhos a vida inteira. Se não são filhos do pai, às vezes são filhos da gente. Ninguém merece uma situação dessa, né?

Caroline: Ainda penso na questão do apoio público à maternidade e à criação de filhos, pessoas, para além dos ambientes privados, por exemplo: licenças, salário maternidade, creches e refeitórios públicos, escolas boas, lazer, espaços de desenvolvimento, de habilidades múltiplas para crianças jovens – como é importante

ter essa estrutura pública. Isso também vai impactar nas relações privadas, inclusive nos relacionamentos.

Fernanda: Em relação à sexualidade, aqui em casa mudou muito. Às vezes a gente não consegue se soltar porque o nosso filho está no quarto ao lado. Há uma encaenação total!

Suzy: Mudam as prioridades. Se antes eu já não pensava em um relacionamento sério, a chegada dele só reforçou essa ideia. Não estava disposta a casar, não estava disposta a dividir a atenção do meu filho com outra pessoa e, principalmente, morria de medo dessa história de pedofilia. Quando decidi dividir a vida com alguém, foi todo um processo até me sentir suficientemente segura – meu filho já estava com nove anos. Mas, de forma geral, a vida segue um outro rumo quando nos tornamos mães. Digo que meu filho vai ter que pagar minhas viagens da terceira idade, porque minhas passagens foram direcionadas para a educação dele.

Como vocês acreditam que a construção do gênero ocorre em uma família que não tem a figura masculina?

Fernanda: Essa é uma preocupação que a gente tem, mas também é muitas vezes imposta. Porque as pessoas falam: “Mas como vai fazer se não tem um pai? Mas uma figura masculina...”. Nossa resposta é sempre no sentido de falar do número de famílias que vivem com o abandono dos pais, de crianças que crescem sem figura masculina. Em termos de psicanálise, a função paterna é estabelecida por uma terceira pessoa, não precisa necessariamente ser realizada por um homem. A gente tenta desconstruir aqui em casa um pouco desses estereótipos de gênero. Ele pede uma Barbie de aniversário, e o mais legal de ele pedir a Barbie não é pela Barbie em si, mas porque viu a propaganda rosa e com meninas na televisão e ele nem se liga nisso. Nem percebe que é uma coisa de menina. Até porque, se a gente pensar na construção do gênero masculino, na masculinidade tóxica, é muito melhor que ele não tenha mesmo esse tipo de exemplo. É isso que a gente tenta fazer aqui, a ponto de ele dizer que quer ter peito, não quer ter pipi, mas quer ser homem. Ele está nesse exercício. Tentamos estabelecer uma relação com o corpo, o que é muito importante. Por exemplo, ele põe a mão no meu peito para dormir toda noite. A gente está em um processo de: “Você tem que pedir, você não pode chegar pondo a mão no peito”. Ele deita agora e fala: “Mamãe, posso pôr agora a mão no seu peito?”. “Pode”, aí ele põe. “Não pode”, “Ah, mas eu quero tanto, eu preciso!”, ele tenta me convencer. Às vezes eu digo não só para ver até onde vai. Ele está curioso em relação à barba dos padrinhos: “Ah, você também tem pipi e tal”. Mas não precisa, todo dia, ver e colocar a mão em uma barba.

Gaby: Para mim, é mais difícil. Tenho um casal, e uma coisa interessante é que o pai dos meus filhos sempre foi muito ausente, mesmo quando a gente estava junto. Quando era pequenininho, com um ou dois aninhos, meu filho fazia xixi sentado porque só ficava comigo – “Tá vendo? Você tem que ficar em casa para ele fazer xixi em pé!”. Sou uma aberração com coisas que são ditas masculinas; usar uma furadeira não é comigo. A minha filha já acha que nós somos mulheres e que a gente tem que fazer, ela está nessa fase de “Por que a gente precisa de homem?”. Meu filho sempre foi delicado, não como homossexual; ele é querido. Não sei o que faz o poder masculino, porque ele não tem tio, primo, não tem ninguém. Ele conviveu muito com uma família que só tinha a mãe de mulher. Eram três filhos homens e o pai. Ele falava: “Eles são muito machistas, grossos, assistem filme pornô”. Acho que alguma coisa fez falta, porque, se pedir para o meu filho pregar um prego na parede, a parede cai e o prego não vai. Mas é uma falta de habilidade, não sei se tem a ver com a falta de presença de uma figura masculina. Acho que, para mim, fez mais falta do que para eles. Quantas vezes já ouvi “Ah, cadê seu marido?”? Brinco que quem não tem marido tem Porto Seguro (em referência à companhia de seguros). Entupiu o negócio, a Porto vem e faz. Não sei o que é ter um companheiro, um parceiro. A minha filha é revoltada, fala que o pai é o cara que manda nas coisas, mas sei que não é bem isso. Nos cobram muito um homem ao lado: “Como assim você faz tudo sozinha?”. Eu faço, e daí? Fui fazer endoscopia e não tinha quem ficasse comigo: “Olha, eu estou só com a minha filha, mas minha acompanhante está vindo”. Aí o cara: “Não, então você não faz o exame!”. Perguntei: “Qual é a outra opção?”. Ele: “Fazer sem anestesia”. Fiz sem anestesia. Saí toda machucada, mas eu não tenho outra opção.

FK: Para mim, o que faz falta é uma pessoa na família, não importa o gênero. É muita responsabilidade, muito trabalho para você fazer sozinha. Porque você fica em dúvida se é certo deixar o filho sair um dia, ir a um lugar diferente. Será que já está na hora? Será que não? Está com um problema de saúde: o que a gente deve fazer? Seria bom ter alguém para consultar, para pensar junto. Acho difícil viver sozinha, criar um filho sozinha. Tem que tomar atitudes e, às vezes, você não tem muito parâmetro para discutir, pensar. Às vezes você se baseia na sua própria história de vida, e isso não é o melhor.

Ana Katryna: Não sei. Essa pergunta é, particularmente, um mistério maior ainda na minha família, pois somos mães de um casal de filhos pré-adolescentes.

EIXO 6: PANDEMIA DE COVID-19

Aprendi muito nesse sentido, de ficar bem sozinha, de buscar me equilibrar. [...] Um momento que foi importante para eu conseguir curar certas coisas.

Estamos em uma situação de isolamento social. Como o isolamento e a própria pandemia afetaram a vida de vocês em termos de relacionamento e sexualidade?

Carolina: Sempre fui muito caseira. Tinha os amigos que encontrava durante a faculdade, o trabalho, mas a obrigação de ficar em casa e não saber quando eu poderia vê-los me afetou bastante. Tenho um amigo que considero como irmão. Ele me ligava todos os dias e foi bem mais difícil esse afastamento, porque ele e a esposa tiveram um bebê no meio da pandemia e eu queria muito estar perto desde quando o menino nasceu, e isso foi proibido para a gente. Com meus pais não teve tanto problema, porque, quando me mudei de cidade, ficávamos longas temporadas sem nos ver.

Pérola: Tive uma experiência interessante de aproximação com uma amiga de quem estava afastada já há muito tempo. Começamos a dividir as coisas que a gente passava. Por outro lado, está sendo muito ruim em relação a minha irmã, sobrinho, pessoas próximas. Minha mãe não pode sair, tem câncer, faz tratamento e fica em casa. Isso foi bem difícil.

Vocês acham que a pandemia trouxe alguma coisa positiva?

Carolina: Consegui olhar mais para mim. Quando passei pela qualificação do mestrado e baixou a confusão, entrei de novo em uma depressão e comecei a olhar mais para mim e ver o que eu realmente precisava e queria, para onde eu iria. Nesse sentido, o caos foi uma coisa boa para mim. Fiquei um pouco neurótica de pensar se ia ser mandada embora do trabalho porque não tinha notícias. Por outro lado, foi bom para eu me reorganizar, porque vinha há seis anos trabalhando e estudando das oito às dez e meia da noite e, no momento, estava sem fazer nada. Então, foi um caos bom nesse sentido.

FK: Eu vinha há décadas, a vida inteira, trabalhando de manhã, tarde e noite. Na pandemia, não pude trabalhar muito. Trabalhei um pouco remotamente e depois parei. Gostei muito de ter parado, me sentia bem. Comecei a dar valor pra coisas

que estavam afastadas da rotina porque eu passava reto, inclusive no relacionamento familiar e, também, com os cachorros, com as plantas, comigo mesma e com as minhas próprias coisas. Com a pandemia, veio toda essa desgraça, todas as mortes, etc., e, eventualmente, algum ponto positivo a gente tem que achar para poder sobreviver. Achei a mim mesma, minha família e também pude dar os valores certos para as coisas. Reformulei minha vida, compromissos e vi o quanto estava perdendo em algumas investidas. Estou bem mais feliz.

Fernanda: Para mim, teve um autoconhecimento de valorizar mais detalhes e, também, algo legal que aconteceu em relação ao meu filho. Temos uma ideia de educá-lo para ser contrário a estereótipos de gênero e de sexualidade, e ele estava trazendo da escola algumas coisas do tipo: “As meninas não me deixam brincar de casinha porque sou menino”. Ele falava muito em pai, porque a escola era alternativa, mas de elite, então tinha uma configuração familiar heteronormativa e, na pandemia, conseguimos desconstruir isso. Estamos conseguindo aquilo que pretendíamos: ele não ficar criando muitas hipóteses ou tendo muitas certezas por conta de uma sociedade heteronormativa e machista.

Camila: Tive momentos distintos na pandemia, porque, quando começou, estava trabalhando em outro estado. Então foi muito fácil me encontrar falando: “Ah, tudo bem, estou empregada, está tendo pandemia, mas ainda estou trabalhando”. Quando veio julho e agosto, fui desligada da empresa por cortes, né? E aí isso realmente me pegou. Mas, para mim, veio assim, na gratidão mesmo. Porque fazia acho que uns 15 anos que eu não morava mais na minha cidade natal e não tinha mais tanta proximidade com meus pais, com a minha família. Eu vinha no final de semana; mas a gente vem, fica um pouquinho e vai embora. E eu saí de casa, acho que com 18 anos, e não conhecia mais os meus pais. E, mesmo trabalhando aqui próximo, eu ficava o dia inteiro fora ou ficava o dia inteiro trabalhando. [Pude] reconhecer os meus pais, me reconectar com eles e vê-los, na verdade, mais velhos, de uma outra maneira – diferente de como era quando aquela menina saiu dali. [Pude] me reconectar com a minha família, ter mais tempo para mim mesma e ser realmente grata. Porque tenho os meus pais, tenho um teto, não tenho teoricamente ninguém que depende diretamente de mim.

Alguém desenvolveu alguma questão emocional, como depressão, pânico ou outras, durante a pandemia?

FK: Tive alguns episódios depressivos. Um deles se misturou muito com o luto, porque perdemos uma cachorra no começo da pandemia, um mês depois, e foi tudo muito rápido, não consegui lidar com isso e ficou um pouco maior do que o luto

mesmo. Na minha opinião, virou uma crise depressiva. De vez em quando, quando alguns assuntos voltam, não me sinto tão bem. Era muito raro eu ter esse tipo de crise, e agora está acontecendo mais vezes.

Carolina: Além da depressão, tive crises de ansiedade. Em uma achei que fosse morrer; estava na aula e comecei a passar muito mal, pedi licença, liguei para uma amiga que é vizinha de prédio, mas ela não estava. Liguei para a vizinha de baixo, em dois segundos ela estava aqui, aferindo minha pressão. Comecei a passar muito mal, fiquei branca, achei que fosse morrer. Foi um momento muito difícil para mim.

Fernanda: No começo eu achava que tinha Covid toda hora. Tive falta de ar, os sintomas mesmo. Meu paladar mudou uma vez, fui fazer teste. Fiquei nessa paranoia.

Katitu: Tive todas as sensações de achar que estava com Covid, principalmente falta de ar, mas depois fui vendo que era ansiedade, que talvez fosse o clima, o apartamento em que estava morando. Tive insônia por alguns períodos; uns mais, outros menos. Agora comecei a tomar floral. Algumas amigas estavam sentindo coisas parecidas. Aprendi muito nesse sentido, de ficar bem sozinha, de buscar me equilibrar. Estava vindo de um processo de cura da separação, que foi forte, então acho que, ao mesmo tempo que tive questões de mal-estar, tive também um momento que foi importante para eu conseguir curar certas coisas.

O que as ajudou a lidar com essas questões emocionais durante a pandemia?

Carolina: Voltei a fazer terapia. A terapeuta queria que eu voltasse a conversar com psiquiatra. Eu não queria mais fazer tratamento alopático, porque me fez muito mal durante dois anos e meio; acabou comigo, então fui atrás de floral. Estava tomando Ansiodoro. Isso me ajudou muito, assim como voltar a trabalhar. Estou trabalhando das 8h da manhã às 10h da noite, o que está sendo de certa forma bom para eu saber o que quero fazer da vida daqui para a frente.

FK: Comecei a mudar todos os móveis de lugar. Antes, não dava pra mexer muito na casa por conta do meu cachorrinho cego – ele tinha se acostumado com os móveis do jeito que estava. Na pandemia, ele passou a morar com a minha filha e aproveitei para mudar tudo de lugar. Gosto de mexer com decoração, isso me distraiu por um bom tempo. Artesanato eu sempre gostei de fazer, leitura, cuidar das plantas, da casa, de mim. Fiz um curso de manicure por Facebook (risos). Estou fazendo curso de alemão agora e outros cursos de outras coisas, como filosofia.

Vocês observaram alguma mudança na divisão de tarefas em relação ao trabalho doméstico?

FK: Passei a morar sozinha, então tudo que era dividido ficou só para mim. Mesmo que morem 10 pessoas ou só uma, a casa está ficando mais suja nessa temporada do que antes. Ficou bem mais difícil, mais sobrecarregado.

Pérola: Houve uma mudança, uma sobrecarga. A gente fica mais dentro de casa, temos mais tempo para olhar a sujeira e talvez para se incomodar.

Fernanda: A pandemia deixa a gente em insegurança. Sou casada com uma mulher. Em termos de igualdade, não temos essa de “tarefa de casa é para a mulher, e não para o homem”; estamos em uma condição mais igual, mas ainda assim ambas temos reclamação no sentido de nos sentirmos sobrecarregadas, porque a pandemia é uma situação muito intensa. É uma convivência em que você não tem para onde fugir e, quando tem filho, não tem mesmo para onde ir. Isso acaba afetando, e a gente vai se sentindo desvalorizada em alguns momentos. O que me faz sentir valorizada é o jeito de olhar.

Vocês acham que os meios de comunicação e as redes sociais mais recentes (WhatsApp, Facebook, Instagram etc.) tiveram algum impacto nos relacionamentos no contexto da pandemia?

Aline: Namorei muito à distância e sinto que o WhatsApp dificulta muito a comunicação. Sinto que as pessoas estão tendo dificuldades para se comunicar verbalmente e acabam se escondendo na rede.

Fernanda: Na pandemia, poder conversar com quem está distante, com chamadas de vídeo, foi ótimo para a nossa sobrevivência.

Luana: Minha geração usa o Instagram como Tinder, é muito comum. A maioria dos relacionamentos de amigas começaram assim, o meu atual também, embora já nos conhecêssemos pessoalmente.

Caroline: Usei Tinder e redes sociais quando estava solteira e me diverti bastante, mas sabia que eram relações bem passageiras.

Carolina: No meu caso, sim. No começo, ficava falando por videochamada. Às *lives* confesso que não assisti muito, não tive paciência. Foi bom ter me aproximado de outras pessoas.

Pérola: Eu acho que sim, foi um impacto bastante positivo, aproximou. Voltei até para alguns grupos de pessoas com quem não falava há algum tempo, a galera acabou se reunindo, e eu participei.

EIXO 7: REDES SOCIAIS

Minha geração veio em um momento de discutir o que é um relacionamento e o que é aceitável ou não.

Quem já teve algum relacionamento que começou por meio de um aplicativo de encontro, como Tinder, Happn? Qual foi a duração do relacionamento?

Pérola: Eu achei os aplicativos bastante seletivos em relação à cor de pele. A gente encontra poucas pessoas pretas. Eu tive a impressão de que não há muito interesse também quanto às pessoas brancas. Eu não sei se é a beleza, mas eu vejo que tem, sim, uma questão de cor. Entrei pouco e logo saí porque me senti bastante incomodada, não encontrei pessoas com quem eu me identificava. Queria encontrar um homem preto e não encontrava. E nunca teve um homem branco que também se interessasse por mim. Acho um pouco restritivo quanto à questão de cor.

Gaby: Realmente, tem poucas pessoas negras nos aplicativos. Como estou sempre correndo, acho que minha única chance é o aplicativo mesmo. Os meus últimos dois relacionamentos foram por aplicativo. Foram um desastre, mas duraram bastante. O aplicativo foi interessante; pelo menos eu conversei, é uma distração. Conheci pessoas muito queridas e com quem até hoje tenho amizade, a ponto de a pessoa estar em outro país e a gente continuar conversando, de ela vir para o Brasil e a gente conversar e sair, sem questões sexuais.

Caroline: Em um período em que eu fiquei solteira, todas as minhas amigas mais próximas estavam solteiras também, e a gente resolveu entrar nesse negócio. Eu entrei no Tinder e, cada vez que eu me encontrava com alguém, acionava todo mundo e avisava onde estava, porque era um tipo de relação muito nova e tinha medo de encontrar uma pessoa nova. Eu sempre fui a lugares conhecidos. Só tocava para a frente conversas que tinham a ver. Mas era completamente diferente quando eu encontrava – os comportamentos, as mensagens trocadas –, e isso gera um choque. Teve uma situação com uma pessoa que era super legal nas conversas, mas os encontros não se

realizavam. Parecia que vivia sempre na expectativa do que poderia ser muito legal, mas a coisa não acontecia, não tinha consistência. Isso foi muito frustrante; eu me perguntava o que as pessoas queriam, porque ficava sempre só no imaginário, e isso me fez muito mal. Então eu desencanei e decidi ir de “*old school*” mesmo. Vamos voltar para os amigos de amigos e ir aos lugares, conhecer gente fisicamente, é melhor.

Hellen: Eu nunca tive um relacionamento sério, mas já cheguei a conhecer pessoas através do Tinder. Fui experimentar; aí usava e parava de usar. Nisso, conheci umas três pessoas, mas nada muito sério, apenas conversas pelo WhatsApp durante um mês. Não consigo manter conversas com as pessoas durante muito tempo. Hoje em dia é assim também. Das três pessoas que eu conheci, uma queria um relacionamento sério, e eu não queria. Com outro ainda falo de vez em quando. Mas, como por aqui também é um ovo, às vezes acabamos nos esbarrando em festas, voltamos a nos falar e é tranquilo.

Vocês se sentem afetadas pelo que as mídias sociais e a sociedade constroem sobre o que seria um relacionamento ideal?

Luana: Eu acho que é muito difícil dizer que não me afeta. Essas questões de corpo, autoimagem, percepção... É muito difícil falar sobre isso. Conhecendo muitos casais perfeitos de Instagram de perto e vendo ideias de possessão e de ciúmes, os caras dando soco na parede, jogando as coisas na namorada... Tenho pouca ilusão em relação a isso. A questão é muito mais sobre o meu subconsciente do que eu achar que existe um relacionamento ideal. Minha geração veio em um momento de discutir o que é um relacionamento e o que é aceitável ou não. Meu pai casou com 20, a minha mãe com 16 e nunca houve uma discussão séria sobre o que é ter filhos, relacionamento, independência emocional – estavam os dois fazendo os seus corres, mas seguindo juntos. Acho que tem essa pressão de eles estarem há muito tempo juntos; eles têm quatro filhos, ambos são bem-sucedidos e parecem ser felizes, mas conhecer a realidade é o grande desafio. Na minha bolha social, as pessoas passam muito mais tempo discutindo o sentimento de posse, a poligamia, o que é, de fato, namorar alguém, o que é a perspectiva de casar e ter filhos – são coisas que são muito mais bem estabelecidas.

Caroline: Já me afetou. Acho bonito ver declarações de amor, mesmo não sendo verdadeiras. Acho legal aquela pessoa tirar um momento para inventar uma narrativa. Falo com o meu namorado e ele não posta nada, é como se eu não existisse na vida dele no mundo digital. Ele fala: “Para quê? As pessoas que conhecem a gente sabem que a gente está aqui, se estamos brigados, felizes”.

Elena: Eu fazia questão de postar muito, de as pessoas também viverem a minha experiência através do Facebook ou do Instagram. Eu postava foto do Carnaval, que tinha sido maravilhoso, mas tinha sido só um dia... E vi que era uma percepção errada. Eu estava passando por um momento de relacionamento não tão legal e estava realmente no fundo do poço, mas mais dois andares embaixo. Eu estava manipulando a minha família por meio do Facebook – se você olhava ali, eu era a pessoa mais feliz do universo. Minha vida era perfeita, meus amigos eram perfeitos, eu estava o tempo inteiro com eles. Mas a verdade é que eu estava sozinha em casa, no fundo do poço. Hoje, sou uma pessoa que não posta fotos próprias nas redes, mas, sim, coisas que eu vejo e acho bonitas do ponto de vista artístico. E quando sinto vontade de postar aquela vida perfeita para mostrar, aí eu paro um pouco, porque eu já me vi me manipulando com isso. Não era maldade. Mas eu usava como ferramenta para que a minha família não se preocupasse.

Gaby: Eu acho que aprendi com isso. Antes, eu postava muito mais coisas; agora, posto menos, até porque meus filhos estão mais velhos. Aprendi muito a não me expor tanto. Confesso que sinto inveja quando vejo os casais bonitinhos, todo mundo junto de mãos dadas. Penso: “Por que eu não poderia estar com alguém?”. Na verdade, no fundo, o que a gente quer é que as pessoas saibam que estamos felizes. Não basta a gente saber que está feliz. Eu adoraria poder postar que estou em um relacionamento sério, que o cara com quem estou é um gato. Queria poder estar ali, dando uns amassos, que o cara realmente gostasse de mim e que o resto fosse consequência, mas é “Nossa! Você ainda está sozinha?”. Estou!

INFLUÊNCIAS SOCIAIS NA SEXUALIDADE

Uma coisa que eu adoro sobre sexo é o jeito que me faz sentir viva e confortável com meu próprio corpo... É maravilhoso descobrir de quanto prazer eu posso usufruir neste corpo.

Sexualidade é um estado de ser, um jeito de dar prazer a nós mesmas e a outras pessoas. Pode ser uma força positiva e poderosa, aprofundando nossas conexões mais íntimas, mas também pode ser fonte de muita dor. Nem todas as pessoas têm, ou querem ter, desejo sexual – há uma variedade de experiências possíveis.

Este capítulo analisa como a sexualidade envolve desejos individuais, influências sociais e culturais. Aqui, você encontrará vozes de muitas mulheres que compartilharam suas diferentes experiências sobre sexo e sexualidade.

INFLUÊNCIAS SOCIAIS

O que influencia a sexualidade? Quase tudo. Sua criação familiar, políticas governamentais, religião, imagens da mídia, empresas farmacêuticas, propagandas de remédios, violência e abuso sexual – tudo isso afeta a forma como vivemos a nossa sexualidade. Estereótipos baseados em raça, classe, gênero e identidade de gênero, idade, *status* de relacionamento, deficiência e orientação sexual também têm seu impacto. Entender as influências pessoais e sociais na nossa sexualidade pode contribuir com o nosso empoderamento e, conseqüentemente, com a reivindicação de nosso direito ao prazer.

Na verdade, nossos desejos sexuais podem refletir influências sociais e contradições. Por exemplo, um ato sexual específico pode ser empoderador em um contexto e degradante em outro. Você pode se sentir objetificada por alguém ter assobiado para você na rua, mas também pode gostar da atenção e até fantasiar sobre atos sexuais que acredita que são tabus. Não é incomum ter sentimentos conflitantes sobre o que você quer sexualmente; às vezes, precisamos de tempo e experiência para saber o que queremos e quais são nossos limites.

AMADURECIMENTO

Em um mundo ideal, todas nós cresceríamos com pessoas adultas que conversam confortavelmente sobre sexo e respeitam os nossos limites. Se aprendemos a pensar sobre sexo como algo ruim ou vergonhoso ou se sofremos abuso infantil ou violência, poderemos precisar de anos de experiências positivas para tratar nossa relação não só com sexo, mas também com nossos corpos.

A maior parte de nós aprende, ainda criança, que deve ser bonita e *sexy* para, assim, virar objeto de desejo masculino – não nos ensinam a apreciar nossos corpos ou a ter desejos próprios. Podemos ter receio de que, em algum momento, sentir desejo sexual nos leve a comportamentos arriscados, que, por sua vez, podem levar a gravidez não planejada, infecções sexualmente transmitidas ou violência sexual.

Esses medos são impregnados em nós por uma cultura que vê a sexualidade feminina como suja e perigosa. Quando nos conscientizamos sobre nossos desejos, ficamos em uma posição melhor para escolher se (e como) vamos agir sobre eles, bem como para nos proteger de riscos.

VIRGINDADE

O termo “virgindade” não significa nada, mas as pessoas ainda o utilizam como se todo mundo soubesse o que significa.

Noções culturais de virgindade têm, há muito tempo, formado atitudes e práticas sexuais de mulheres jovens quando começam a descobrir o sexo. Considera-se tipicamente virgem alguém que não fez sexo – normalmente, uma relação sexual hétero.

Mulheres jovens, especialmente, são oprimidas com pressões conflitantes sobre virgindade. Por um lado, a cultura popular promove uma atitude de “todo-mundo-está-fazendo”, o que pode fazer com que as jovens sintam que há algo errado com elas caso não estejam prontas para fazer sexo. Por outro lado, mensagens de moralidade pressionam essas mulheres a “se guardar” para o casamento.

Jessica Valenti, autora de *The Purity Myth: How America’s Obsession with Virginity Is Hurting Young Women* (O Mito da Pureza: como a obsessão americana com a virgindade está ferindo mulheres jovens), escreve sobre as dinâmicas problemáticas de bailes de pureza financiados pelo governo dos Estados Unidos (danças de pais e filhas em que garotas juram virgindade aos pais, que prometem protegê-las até um marido adequado aparecer) e sobre programas de abstinência que comparam corpos de garotas com pirulitos protegidos por um plástico e que se tornam indesejáveis quando o plástico é descartado. Segundo Valenti, “Enquanto jovens mulheres são sujeitas a mensagens sexuais ostensivas todos os dias, elas são simultaneamente ensinadas – pelas

peças que, na verdade, deveriam cuidar do seu desenvolvimento moral e pessoal – que seu único valor é a virgindade e a capacidade de continuar ‘pura’”.

É também problemática a mensagem sobre quem pode atingir tamanha pureza. As garotas mais comumente apresentadas pelo movimento de abstinência como exemplos a serem idealizados são brancas, heterossexuais e seguem um padrão de beleza bem específico. “Mulheres não brancas, de classe social baixa, imigrantes – essas são as mulheres que não são vistas como valiosas o suficiente para serem colocadas num pedestal”, acrescenta Valenti.

O que complica ainda mais é a pressão de fazer com que “a primeira vez” seja especial em cada detalhe. Uma jovem estudante universitária explica:

Para garotas, especialmente, há uma pressão de dois lados opostos: a pressão de “perder” e a pressão de perder “do jeito certo”. Eu não acho que os caras sintam tanto essa pressão do “jeito certo”.

Você pode escolher se abster de sexo e/ou de outras atividades sexuais por várias razões, incluindo não estar preparada. Você também tem o direito de dizer “não” a alguém que está te pressionando a transar e o direito de dizer “sim” a um sexo que é prazeroso e responsável:

Não é que eu esteja esperando pelo casamento ou sequer para que o cara “certo” apareça. Não é que eu não goste de parecer sexy ou que não goste de flertar ou explorar a minha sexualidade. É só que eu ainda não transei. Não estive numa situação com uma pessoa em que eu me sentisse confortável e segura. Por alguma razão, ser virgem no ensino médio é relativamente normal, mas ser virgem na faculdade parece ter tanto estigma quanto ser uma “piranha”.

Se sexo não fosse um assunto tabu, uma educação sexual adequada não só discutiria prevenção pré-natal e infecções sexualmente transmissíveis, mas também daria espaço para discussões sobre prazer e consentimento (tópicos que serão tratados com mais profundidade no próximo capítulo). Quando mulheres são pressionadas a sempre dizer “não” e homens são pressionados a sempre dizer “sim”, todo mundo perde a oportunidade de explorar sua sexualidade em sua totalidade.

A definição tradicional de virgindade é limitante, ou até mesmo irrelevante, para algumas de nós. Como Cara Kulwicki, fundadora e editora do site curvature.com, aponta em uma correspondência pessoal: “O conceito de virgindade desvaloriza a atividade sexual entre pessoas cujo sexo não envolve penetração de pênis na vagina e

desvaloriza o prazer feminino focando em uma atividade que, por si só, não estimula o clitóris, a fonte mais comum de prazer sexual para mulheres”.

Leitura recomendada

No artigo “Representações da virgindade”¹, Luiz Cláudio Duarte escreve sobre representações da virgindade feminina em processos por “crime de sedução” nas décadas de 1960 e 1970 no estado do Rio de Janeiro, analisando a ótica de profissionais do judiciário, de homens acusados/réus e de mulheres que passaram por uma situação de violência.

Dá pra saber?

Não há nenhuma forma concreta para saber, a partir dos genitais femininos, se a mulher é ou tem sido sexualmente ativa. O hímen, uma pequena membrana mucosa no começo da vagina que se forma durante o desenvolvimento vaginal, é comumente considerado um indicador da virgindade, mas sua presença não tem significado real – e nem todas as mulheres têm um.

“Algumas garotas nascem sem hímen”, diz Carol Roye, enfermeira e professora de enfermagem na Hunter College, enquanto “outras possuem apenas uma franjinha de tecido. Além do mais, apesar de toda sua fama e mistério, o hímen é apenas outra parte do corpo”². Na verdade, ainda que o hímen possa ser rompido durante o sexo ou outra atividade física, ele não “quebra”. Pode haver sangramento, mas nem sempre isso acontece. É impossível dizer se alguém já fez sexo apenas pela aparência física, pela forma como anda ou se sente ou por qualquer outro pormenor.

Usos do erótico: o erótico como poder

Audre Lorde (1934–1992) foi, em suas próprias palavras, “preta, lésbica, mãe, guerreira, poeta”. Apresentamos, a seguir, um excerto de seu poderoso ensaio “Usos do erótico: O erótico como poder”.

O erótico é um recurso dentro de nós mesmas que se baseia em um plano profundamente feminino e espiritual, firmemente plantado no poder de nosso sentimento não expresso ou não confessado...

O erótico funciona para mim de diversos jeitos, e o primeiro é fornecendo o poder que é sentido quando se compartilha intimamente qualquer busca com outra pessoa. O compartilhamento de alegria, seja essa física, emocional, psíquica ou intelectual, forma uma ponte que pode ser a base para diminuir as diferenças entre as pessoas.

Outro jeito importante com o qual a conexão erótica funciona para mim é a partir da afirmação aberta e destemida da minha capacidade de me divertir. No jeito que meu cor-

po reage à música e sente ritmos mais profundos, para que todos os níveis que me trazem sensações se abram para a satisfação erótica da experiência, seja dançando, construindo uma estante de livros, escrevendo um poema ou examinando uma ideia.

Essa conexão comigo mesma é uma medida da alegria que eu sei que posso alcançar, um lembrar da minha capacidade de sentir. E esse conhecimento profundo e insubstituível da minha capacidade de ser feliz exige que toda a minha vida seja vivida com a consciência de que tal satisfação seja possível, e não precisa ser chamada de casamento, Deus ou vida após a morte...

Quando começamos a viver de dentro para fora, conscientes do poder do erótico dentro de nós mesmas e permitindo que esse poder informe e ilumine nossas ações no mundo à nossa volta, então nós começamos a ser responsáveis por nós mesmas no sentido mais profundo. Pois quando começamos a reconhecer nossos sentimentos mais profundos, começamos a desistir, por necessidade, de estar satisfeitas com o sofrimento, com a autonegação e com a dormência, que, muitas vezes, parece ser a única alternativa em nossa sociedade...

Consciente do erótico, eu me torno menos disposta a aceitar a impotência ou aqueles outros estados que experimento, mas que não fazem parte de mim, como a resignação, a aflição, a supressão de ser, a depressão, a autonegação.

E, sim, há uma hierarquia. Há uma diferença entre pintar uma cerca preta e escrever um poema, mas só no sentido de quantidade. E não há, para mim, nenhuma diferença entre escrever um bom poema e se mover como um raio de sol contra o corpo de uma mulher que amo.

ESTEREÓTIPOS

Mensagens e imagens da mídia muitas vezes reforçam estereótipos sobre sexualidade. Por exemplo, personagens latinas na televisão e em filmes muitas vezes são vestidas em roupas curtas e apertadas, enquanto mulheres muçulmanas estão cobertas dos pés à cabeça e são retratadas como reprimidas. Mulheres afro-americanas são frequentemente retratadas como hipersexuais quando jovens e assexuais quando mais velhas; e a representação de casais de homens e mulheres afro-americanas em relações amorosas é quase completamente inexistente na cultura popular:

O que pensam as jovens quando as únicas mulheres que se parecem com elas na mídia estão rebolando para o apresentador ou para o público? Ou são aquelas que quando expressam sua indignação são acusadas de “bravas”? Qual a mensagem da mídia sobre as mulheres negras? Certamente não é uma mensagem positiva.

O racismo, que regularmente limita representações de cor, exacerba os estereótipos. Outros estereótipos vêm do sexismo e do medo da diferença. Por exemplo, lésbicas são muitas vezes retratadas como megeras que odeiam homens; bissexuais, como promíscuas, pois se recusam a ser limitadas por uma definição de gênero ou atração; e pessoas trans, como confusas, hipersexuais ou farsantes. Aquelas de nós que expressam sua sexualidade ou seu desejo sexual abertamente podem ser vistas como “piranhas”. Chamar mulheres de putas é uma forma frequente de discriminar jovens que já fizeram sexo (mesmo em relações monogâmicas) e mulheres que têm (ou já tiveram) diversas parcerias sexuais.

Essas garotas, eu vim a descobrir, eram quase todas as garotas, e não só aquelas que mostraram interesse no sexo ou que já fizeram sexo, mas aquelas que usavam roupas curtíssimas, liam revistas de moda, bebiam, namoravam, flertavam ou tinham interesse em achar um parceiro.

Esses e outros estereótipos destrutivos influenciam o modo pelo qual admitimos, ou não, nossos desejos e a forma como nos julgamos e julgamos outras mulheres. Eles afetam, também, como outras pessoas nos tratam, como internalizamos e acreditamos nesse tratamento e como nos tratamos.

Efetivamente, mulheres apresentam diferenças enormes em suas experiências sexuais e atitudes de acordo com etnia, cultura, gênero e identidade sexual. Podemos começar a aceitar a variedade de valores e expressões sexuais simplesmente estando abertas para ouvirmos umas às outras.

Problematizando a heterossexualidade da mulher preta

No ensaio de Kimberly Springler em *Yes Means Yes: Visions of Female Sexual Power and a World Without Rape* (Sim é sim! Visões do poder sexual feminino e um mundo sem estupro), *queerizar* (como ação) é um jeito de fazer e ser que reconhece o espectro da sexualidade:

Como mulheres negras podem dizer “sim” para o sexo quando nossas instituições religiosas, políticas públicas, vidas domésticas, mídia, música, escolas e pais discutem a sexualidade da mulher negra como algo negativo? Quando a sexualidade da mulher negra é sequer mencionada e as palavras mais associadas a ela são “ser fácil demais”. A cultura que está entranhada nesses julgamentos sutis e não tão sutis tenta tirar meu direito de dizer “sim” para o sexo, me

fazendo sentir que, se eu falar “sim”, estou fazendo parte de séculos de estereótipos da mulher negra sensual.

Queerizar a sexualidade³ da mulher negra significaria que mulheres negras precisam:

1. “Sair do armário” como mulheres negras que sentem prazer no sexo.
2. Denunciar os estereótipos da sexualidade da mulher negra que não refletem nossa experiência.
3. Permitir que todas as mulheres negras de diferentes classes, orientações sexuais e habilidades físicas expressem o que gostam.
4. Saber a diferença entre fazer amor e foder e estar disposta a expressar seus desejos por ambos, mesmo que seja contra o que ditam as notícias, vídeos, clipes, códigos sociais ou qualquer outra fonte.
5. Saber como jogar com sua sexualidade. O que te excita? É algo considerado tabu? É algo que vem de dentro?
6. Lembrar que nossos corpos pertencem a nós mesmas, que nossos corpos não pertencem à igreja, ao Estado, aos nossos pais, a nossos amores – e, certamente, não pertencem à televisão.⁴

IMAGEM CORPORAL

Muitas vezes nos vemos pelos olhos de outras pessoas. Influenciadas por imagens populares, perdemos o respeito por nossa singularidade e acabamos nos julgando cruelmente. Isso pode gerar um efeito negativo na forma como nos expressamos e trazer riscos:

Durante anos eu não fazia amor em uma posição que expunha as minhas costas, porque tinham me dito que eu era “muito gordinha”. Obviamente, isso me impediu de ser sexualmente assertiva e criativa e limitou as minhas ações. Nós temos uma vida sexual saudável, com bastante variedade, fantasias e brincadeiras. O fato de minha deficiência me impedir de dobrar as pernas nos limita em algumas posições, mas só tentamos outras diferentes. Mesmo assim, ainda estou em guerra com meu próprio corpo. Quando estou nua, ainda sinto que há algumas partes de mim que são super feias. Acho que, quando conseguir superar meu luto e chorar tudo o que tenho para chorar pela minha deficiência, o sexo será melhor para mim.

Às vezes, nos encontramos na situação difícil de tentar ajudar as pessoas com quem nos relacionamos sexualmente a superar seus próprios sentimentos negativos:

Ao mesmo tempo que eu amo o corpo da minha namorada por completo e acho que ela fica super sexy na maioria das roupas (sem mencionar que ela fica maravilhosa quando está nua), sei – em parte, porque eu já me senti assim – que, quando você está se sentindo inchada e gorda, não importa o quanto sua parceira, amiga ou família te apoie, nada vai ajudar a calar a boca das vozes que vivem na sua cabeça. Isso acontece porque a mídia e “especialistas de saúde” nos informam o tempo todo que não se conformar com os padrões de beleza física da nossa cultura não é só lamentável, mas é, de alguma maneira, imoral. Eu não tenho muita autoridade, já que sou só uma pessoa (cega de amor ainda por cima) para desdizer essas vozes onipresentes de autoridades culturais que dizem “Você é ruim, você é errada, você não é bonita, você não merece nada”.

A aceitação que vem de dentro pode ser a mais satisfatória. Bloquear mensagens negativas nos liberta para amarmos a nós mesmas e as pessoas com quem mantemos relações sexuais mais plenamente:

Uma das dificuldades em ser gorda é que, na maior parte das vezes, as pessoas é que são o problema, não eu. Muitas vezes senti que as pessoas que conheço se perguntam como é minha relação com meu parceiro, questionam como uma pessoa magra pode fazer amor com uma gorda. A ideia que elas têm, suponho, é a de que as mulheres gordas não são atraentes. Besteira, é claro. Eu aprecio meu corpo imensamente quando faço amor, tanto comigo mesma quanto com o meu namorado. Nunca penso sobre meu peso. Eu simplesmente sou ele e prospero nele.

Como uma mulher, e particularmente como uma mulher trans, às vezes acho difícil esquecer todas as mensagens da sociedade e da mídia sobre como minha aparência “deveria” ser. A possibilidade de que meu corpo possa me dar prazer, independentemente de eu pensar, ou não, se estou magra o suficiente ou se meus seios são grandes o suficiente ou se sou alta demais, é realmente maravilhosa.

PODER

Diferenças de poder muitas vezes acontecem no sexo. Mesmo que você se sinta em igualdade em relação a um parceiro masculino, a cultura em que vivemos geralmente valoriza mais os homens. Uma parceira sexual feminina também pode ter mais

poder ou *status* do que você é por uma questão de nível de educação, classe, raça ou outros fatores. Se você é uma pessoa transgênera, amantes não trans podem ter mais respeito na sociedade porque operam no contexto de uma identidade de gênero amplamente aceita. Embora a pessoa com que nos relacionamos sexualmente possa não reconhecer ou até mesmo sentir que há um diferencial de poder, privilégios podem ficar mais visíveis durante o sexo, resultando nas seguintes reações:

- Você sente que, mesmo estando sem vontade, deve transar quando a pessoa com quem se relaciona quer.
- Você sente que deve ter orgasmos para validar a pessoa com quem está transando.
- Você sente que não deve pedir o que gosta, especialmente se for diferente do que sua parceira ou seu parceiro está fazendo.
- Você sente que não deve usar preservativo se interferir no prazer da pessoa com quem está transando, mesmo que isso a deixe vulnerável a infecções sexualmente transmissíveis.
- Se você tem um parceiro homem e vocês se relacionam sexualmente sem penetração, você sente que deve ajudá-lo a ter um orgasmo para aliviar suas tensões sexuais.

Ter consciência de que dinâmicas externas podem ter impactos em nossos relacionamentos é um passo importante para o desenvolvimento de relações sexuais respeitadas e mutuamente satisfatórias, nas quais o consentimento é imprescindível:

[Eu não quero] um parceiro que não sabe que, por ser homem, as parceiras dele nem sempre lhe dizem que fazem, sexualmente, coisas que não querem fazer de verdade. Depois de um relacionamento desastroso com um cara que era um idiota e não tinha nenhuma noção de privilégio, eu escrevi “não pode ser um babaca patriarcal” na minha lista de qualidades que eu desejava em futuros parceiros.

Como comer uma mulher gorda?

Retirado do ensaio de Kate Harding em *Yes Means Yes: Visions of Female Sexual Power and a World Without Rape* (Sim é sim! Visões do poder sexual feminino e um mundo sem estupro):

Quando você é uma mulher gorda nessa cultura, todo mundo, desde jornalistas que você nunca vai conhecer até a sua própria mãe, irmã e melhor amiga, trabalha em conjunto para reforçar constantemente a mensagem de que

você não é boa o suficiente para transar, muito menos amar. Não devíamos ter de dedicar tanta energia mental ao trabalho extenuante de não nos odiarmos.

Imagine por um minuto um mundo em que mulheres gordas não se desqualificam de modo automático do mundo do flerte. Um mundo em que as mulheres gordas não acreditam que haja algo intrinsecamente não atraente nos seus corpos. Um mundo em que as mulheres gordas ouvem que os homens só querem mulheres magras e dão risada, porque isso não é nem de perto a nossa experiência – a nossa experiência é de amar, foder e navegar num grande mundo através de nossos grandes corpos com graciosidade, otimismo e empoderamento.

Agora tente imaginar um idiota te dizendo que um estuprador estaria te fazendo um favor nesse mundo; imagine um homem te dizendo que você não pode terminar com ele, porque mais ninguém vai querer a sua bunda gorda nojenta.

Nada disso faz sentido nesse mundo, não é? Neste aqui também não.

Imagine se mais de nós acreditássemos nisso.⁵

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

É um fato que muitas mulheres sofrem ou testemunham violências. Abuso sexual infantil, estupro, assédio sexual, ataques LGBTfóbicos e violência doméstica são situações que podem afetar nossas vidas sexuais. Mesmo que não soframos violência diretamente, o medo de agressões, notícias constantes da ocorrência de violências e imagens de mídia podem nos impedir de nos sentirmos confortáveis com as pessoas com quem nos relacionamos sexualmente:

Eu sempre sinto que tenho que esconder parte de mim em meus relacionamentos, e isso dificulta muito a minha entrega emocional, porque estou representando constantemente. E isso me faz questionar o quanto posso esperar de um parceiro, porque não posso e não consigo dar tudo de mim. As ações dos estupradores não param no estupro. Elas reverberam e ecoam e continuam. O que essas pessoas me fizeram vai estar comigo para sempre.

Se você passou por alguma situação de violência, atitudes como um toque ou gesto repentino de seu parceiro ou parceira – mesmo sendo uma pessoa que nunca sonharia em te machucar – podem desencadear lembranças de situações anteriores,

disparar gatilhos e te deixar tensa. Nesses momentos, você pode ter que mostrar à pessoa com quem se relaciona como evitar esse tipo de situação; por exemplo, começando com um toque suave ou uma conversa íntima. É essencial que você siga seu próprio ritmo, encontre amigas e conte com o apoio de profissionais que possam te ajudar a superar isso.

Quando a pessoa com quem você se relaciona sexualmente sofreu abuso sexual

Joan e Allison, juntas há dez anos e casadas há três, contam suas experiências em um relacionamento em que uma delas sofreu abuso sexual.

Joan: *Eu sou uma sobrevivente de violência física e abuso sexual na infância. Participo de um grupo de apoio que inclui outras mulheres que são sobreviventes de abuso sexual. Várias mulheres do grupo dizem que gostariam de ser lésbicas como eu, porque acham que deve ser mais fácil. Todas nós fomos abusadas por homens. Eu disse a elas que, apesar de a minha esposa compreender melhor algumas questões em torno das minhas experiências em virtude de ser uma mulher, ainda assim tenho dificuldade em impedir o desencadear do meu transtorno de estresse pós-traumático e ataques de pânico durante o sexo. Tenho amigas que falam sobre a monogamia ser chata, sem graça ou opressiva. Mas gosto da certeza estável da monogamia. Só confio na minha mulher para me tocar intimamente.*

Allison: *No nosso relacionamento, também sou atingida indiretamente pelo abuso. Quero ser muito clara: a dor e os danos para mim são muito menos graves do que para a minha mulher. Ela é que foi abusada e nada parecido aconteceu comigo. No entanto, penso que a perspectiva de parceiras ou parceiros de sobreviventes de abuso sexual também deve ser representada. Quando ainda namorávamos, minha mulher me contou que tinha sofrido abuso. Eu sabia que seria difícil para ela se recuperar disso e que o processo seria longo, mas não estava preparada para o fato de algumas cicatrizes serem permanentes. Depois de dez anos vendo-a experimentar vários tratamentos médicos, psicológicos e alternativos, percebi que ela nunca será capaz de ser a pessoa que poderia ter sido se não tivesse sido abusada. Em muitos aspectos, ela é mais forte e mais autoconsciente do que uma pessoa que não teve que lidar com o abuso, mas ela também fica ansiosa, deprimida, sofre de transtorno de estresse pós-traumático e se assusta facilmente durante o sexo. Não é culpa dela. É algo que foi feito a ela, e isso me tira do sério. Me sinto impotente, porque não há nada que eu possa fazer para melhorar. Eu sinto que nunca posso relaxar completamente perto da minha esposa, porque tenho uma longa lista mental de coisas para não dizer e lugares para não tocar para evitar desencadear ansiedade e pânico. Quando dormimos uma ao lado da outra na cama, só há uma parte*

pequena do corpo dela em que posso descansar a minha mão... Sexo pode ser difícil para a minha mulher, e isso tem sido difícil para a nossa relação. Ela frequentemente precisa parar durante o sexo. Quando estamos transando, tenho sempre de me conter para evitar assustá-la, porque ela pode querer parar a qualquer momento. Isso dificulta o processo de iniciar o sexo e de deixar minha excitação acontecer naturalmente. Me sinto mal por querer mais dela do que ela tem para dar... Também trago a minha parte de problemas para a nossa relação, e ela tem que lidar com eles. Não estou fazendo um favor para ela, ela não me deve nada pela minha “tolerância”. Estou disposta a comprometer a minha realização sexual, porque, em troca, vou ficar com a minha mulher carinhosa, engraçada e inteligente, que amo muito.

RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

Muitas religiões têm ensinamentos que procuram proibir certos pensamentos e comportamentos sexuais, especialmente fora do casamento heterossexual monogâmico. Essas atitudes podem nos deixar com sentimentos negativos sobre nossos corpos e sobre nossa sexualidade. Crescer numa religião em que a bondade espiritual está associada ao celibato ou à negação dos sentimentos sexuais pode levar à ideia de que a sexualidade e a espiritualidade estão completamente separadas:

Durante toda a minha adolescência, os líderes da [minha] igreja reforçavam o discurso da pureza sexual. Enquanto estava ocupada me mantendo sexualmente pura e modesta, não aprendi absolutamente nada sobre o meu corpo ou sobre como me sentia em relação ao sexo. Sentia culpa e vergonha, e elas não desapareceram quando me casei. [Recentemente] passei muito tempo em um site de sexualidade feito para mulheres. Depois de imergir em toda essa literatura sexual feminina, finalmente me conectei com a minha sexualidade e comecei a gostar de sexo.

Fui criada num ambiente batista do Sul muito rígido, numa pequena cidade no sul do Arkansas. Eu soube que era lésbica por volta dos nove ou dez anos. Reprimir a minha sexualidade até aos 28 anos foi muito difícil. Não tinha modelos a seguir enquanto crescia. Na minha mente, frequentar a igreja e ser lésbica simplesmente não combinavam. Agora sei que o sexo pode ser uma experiência muito espiritual e edificante. Quem me dera ter experimentado mais.

Ao mesmo tempo, algumas de nós encontraram mensagens positivas sobre a sexualidade dentro da religião institucionalizada. Uma mulher que frequentou escolas católicas diz:

Me ensinaram que o corpo era o “Templo do Espírito Santo” e pensei, então, como penso agora, que ter o espírito de Deus habitando dentro de nós é lindo, pouco importa a forma como definimos Deus.

Asra Nomani,⁶ uma jornalista que escreve frequentemente sobre religião e questões de gênero, criou um documento chamado “Carta islâmica de direitos para mulheres no quarto”, que aborda questões-chave para as mulheres em muitas religiões. Lê-se em parte:

*As mulheres têm o direito a uma experiência sexual respeitosa e prazerosa.
As mulheres têm o direito de tomar decisões independentes sobre os seus corpos, incluindo o direito de recusar avanços sexuais.
As mulheres têm o direito de tomar decisões independentes sobre a escolha de um parceiro.
As mulheres têm o direito de tomar decisões independentes sobre contracepção e reprodução.
As mulheres têm o direito a proteção contra abuso físico, emocional e sexual.*

Algumas de nós deixam suas religiões de origem por causa das proibições sexuais. Podemos escolher não nos afiliar a uma religião em sua totalidade ou procurar congregações liberais dentro de nossas próprias denominações ou outras que são mais abertas em relação ao sexo.

Congregações judaicas reconstrucionistas e reformadoras, o Unitário-Universalismo, a Igreja Unida de Cristo, as Igrejas da Comunidade Metropolitana, Wicca e Sociedades Quaker liberais têm uma aceitação mais ampla dos papéis das mulheres e da sexualidade, podem ter lideranças femininas, reconhecer relações entre pessoas do mesmo sexo e promover uma educação sexual abrangente.

Baseando-se em culturas antigas nas quais os corpos, a sexualidade e a fertilidade das mulheres foram honrados como parte integrante da natureza e da vida, muitas mulheres encontraram sabedoria e força na conexão sexual com as pessoas com as quais se relacionam sexualmente e na energia feminina divina. Outras se voltaram para o tantra, uma filosofia espiritual oriental, como forma de explorar práticas sexuais que se concentram na interconectividade da vida. Ao experimentar sensações de toque e respiração, criando rituais e prestando atenção às energias sutis, algumas mulheres criam uma conexão sagrada com as pessoas com quem fazem sexo.

CELIBATO E ASSEXUALIDADE

CELIBATO

Durante muito tempo, celibato significou escolher não se casar. Hoje, muitas pessoas o usam para não transar e, às vezes, nem sequer se masturbar por um certo período de tempo. Algumas pessoas escolhem o celibato como uma forma de fugir do foco excessivo que a nossa cultura coloca no sexo e da pressão para se relacionar sexualmente o tempo todo.

Uma mulher que se cansou de ter sempre que dizer “sim” ou “não” conta como foi a sua experiência de celibato:

Estou me descobrindo como uma pessoa sexual, mas de uma forma diferente. A minha sensibilidade em relação ao meu corpo está aumentada. Estou mais consciente do que desperta os meus interesses sensuais. Sou livre para ser eu mesma. Tenho mais energia para o trabalho e para as amigas. A minha espiritualidade parece mais intensa e clara.

Em relações de parceria, podemos escolher o celibato quando queremos alguma distância ou solidão ou quando apenas não queremos transar por um tempo. Isso pode exigir uma comunicação cuidadosa:

Eu digo: “não quero fazer amor este mês e talvez não queira no próximo”. É possível fazer isso? Tudo bem fazer isso? Deixam-me fazer isso? É que nunca nos ensinaram que não tem problema fazer o que queremos.

Alguns casais escolhem o celibato conjuntamente. Isso pode ajudá-los a abandonar velhos padrões sexuais, a expandir o foco sensual/sexual para além do sexo genital e a sentir-se mais autossuficientes e independentes, o que pode fortalecer a relação.

ASSEXUALIDADE

A assexualidade, uma espécie de falta de interesse em sexo, é uma variação humana natural que caracteriza cerca de 1% das pessoas. Não é o mesmo que um declínio súbito no interesse ou na atração sexual, que pode estar ligado a efeitos colaterais de certos medicamentos ou doenças.

Com base em seu estudo pioneiro, publicado em 2008,⁷ que entrevistou 102 pessoas assexuais, Susan Scherrer cita uma mulher que não sente atração sexual:

Eu amo a forma humana e posso considerar pessoas como obras de arte e achá-las esteticamente agradáveis, mas eu não quero mais ter contato sexual nem com a mais bela das pessoas.

Outra mulher diz sentir atração sexual, mas não vontade de contato físico:

Eu sou sexualmente atraída por homens, mas não tenho nenhum desejo ou necessidade de me envolver em atividade sexual ou mesmo não sexual (abraços, dar as mãos etc.).

Uma mulher descreve seu relacionamento ideal como:

[...] a mesma coisa que um relacionamento “normal”, mas sem sexo. Teríamos uma forte amizade, companheirismo, admiração mútua, parceria em áreas financeiras, profissionais e sociais das nossas vidas. Sou muito física. Eu gostaria de poder agarrar a pessoa com quem estou (uma pessoa que amo, e não com quem estou fazendo sexo), rolar pelo chão e, em seguida, dar um beijo em seu nariz, me aconchegar no seu abraço e falar sobre algum assunto aleatório... Sem o cara ter uma ereção ou a esperança de que acabaremos nos despindo ou indo para o quarto.

A comunidade assexual norte-americana Visibilidade Assexual e Rede de Educação (*Assexual Visibility and Education Network – AVEN*, asexuality.org) oferece às pessoas assexuais um lugar para que se conectem e aprendam. O site identifica vários aspectos da assexualidade, como os que você confere a seguir.

- Ao contrário do celibato, que é uma escolha, a assexualidade é uma orientação sexual.
- A assexualidade não é uma disfunção e não há necessidade de encontrar uma “causa” ou uma “cura”.
- As pessoas assexuais têm as mesmas necessidades emocionais que todas as outras e são igualmente capazes de formar relações íntimas.
- As pessoas assexuais são geralmente muito diferentes umas das outras: algumas sentem atração romântica, outras não. Algumas sentem excitação, outras não.

- Muitas pessoas assexuais falam sobre ter uma “motivação romântica” – isto é, precisam ter intimidade com outra pessoa especial, mas a intimidade que elas desejam não é sexual.
- Pode ser mais difícil encontrar alguém com disposição para entrar em uma relação convencional sabendo que não haverá sexo, mas lembre-se de que há outras pessoas por aí com pouco ou nenhum desejo sexual e muitas que se preocupam mais com amor e companheirismo do que com sexo.

NOTAS

1. Luiz Cláudio Duarte, “Representações da Virgindade”. *Cadernos Pagu*, v. 14, p. 149-179, 2000. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635349/3144>.
2. Carol Royce, “What Exactly Is a Hymen?”. *Website Our Bodies Ourselves*, 14 de dezembro de 2008. Disponível em: <https://www.ourbodiesourselves.org/book-excerpts/health-article/what-exactly-is-a-hymen/>.
3. Nota da tradução-adaptação: no texto em inglês, lê-se “queering Black female heterosexuality”. Como substantivo, queer pode ser traduzido por “estranho”, “bizarro”, “fora do lugar”, como usado no título deste quadro. Também serve como termo guarda-chuva para se referir a gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e intersexo. Como verbo, refere-se ao ato de “tornar estranho”, “estranhar”, “problematizar” ou “questionar” formas instituídas de normalidade, como, por exemplo, a heterossexualidade.
4. Jaclyn Friedman e Jessica Valenti (ed.), *Yes Means Yes! Visions of Female Power and a World Without Rape*. Seal Press, 2008, p. 77-91.
5. *Ibid.*, p. 74-75.
6. Asra Q. Nomani. In: Saleemah Abdul-Ghafur, *Living Islam Out Loud: American Muslim Women Speak*. Beacon Press, 2005, p. 155-156.
7. Kristin S. Scherrer, “Coming to an Asexual Identity: Negotiating Identity, Negotiating Desire”. *Sexualities*, v. 11, n. 5, p. 621-641, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2893352/>

PRAZER SEXUAL E CONSENTIMENTO

PRAZER SEXUAL

Quando me sinto excitada – seja sozinha, seja na companhia de alguém atraente –, meu coração bate mais rápido, meu rosto fica vermelho e meus olhos brilham. Minha vulva inteira fica molhada e inchada e sinto como se meus peitos cantassem. Quando estou em pé, sinto uma fraqueza nas minhas coxas. Quando estou deitada, posso sentir vontade de me esticar toda, arqueando minhas costas e deixando as sensações percorrerem meu corpo até os meus dedos do pé e da mão.

Quando estamos excitadas pela estimulação sexual vinda de qualquer fonte – fantasias sexuais, certa imagem ou cheiro, o toque ou a fala de uma pessoa – é comum sentir mudanças físicas, mentais e emocionais. Essas mudanças são frequentemente reconhecidas como “resposta sexual”, mas provavelmente seria melhor nos referirmos a elas no plural, isto é, como respostas sexuais.

Embora haja semelhanças em como as mulheres experienciam o tesão, é possível vivê-lo de muitas formas. As respostas podem variar não só de pessoa para pessoa, mas também em função de épocas diferentes da vida ou de uma experiência sexual para outra. Não há, portanto, um padrão certo de resposta sexual.

Este capítulo explora diferentes modelos de resposta sexual e analisa como experienciamos o prazer sexual – tanto acompanhadas quanto sozinhas. Como experiências sexuais positivas são essenciais para o prazer, as vozes de mulheres que estão na vanguarda da criação de um movimento para o consentimento estão incluídas aqui, assim como histórias de mulheres que encontraram modos seguros e confortáveis de expressar seus desejos sexuais. Informações práticas, incluindo uma seção inteira sobre lubrificantes, também serão apresentadas.

O que é sexualidade?

A sexualidade diz respeito a um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a energia vital, chamada por Freud de

libido, que quer dizer energia pela qual se manifesta a capacidade de se ligar às pessoas, ao prazer/desprazer, aos desejos, às necessidades, à vida.

Comumente, as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os sinônimos. Embora o sexo seja uma de suas dimensões importantes, a sexualidade é muito mais que a atividade sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução.

Refletindo um pouco mais sobre o assunto, podemos perceber que o corpo como um todo é fonte de prazer, já que propicia, desde nosso nascimento, o sentir, o perceber e o comunicar o mundo.

A sexualidade é uma das dimensões do ser, isto é: cada um de nós tem uma identidade sexual, e a sexualidade se expressa no estilo de vida que adotamos, no modo como se demonstram os afetos, na percepção erotizada dos estímulos sensoriais e também nos papéis de gênero.

A sexualidade envolve, além do corpo, os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afetivas e a cultura. Portanto, é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, e abarca aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.

De acordo com as definições da Organização Mundial da Saúde, a sexualidade é vivida e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.

Em todas as sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas pelas pessoas desde a infância. Em nossa sociedade, por exemplo, a sexualidade foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência devido a tabus, mitos, preconceitos e relações de poder desiguais entre homens e mulheres.

Existe, atualmente, uma preocupação em não rotular ou estigmatizar comportamentos sexuais como “normais” ou “anormais”. Assim, busca-se discutir os comportamentos e as práticas sexuais sem preconceitos, considerando que são relativos e dependem da cultura, do contexto histórico, social e de vida das pessoas.

Dessa forma, é fundamental valorizar, promover e incentivar o autoconhecimento, isto é, buscar conhecer-se, identificando seus valores, modos de ver e viver a vida e as relações com os outros, tomando contato com seus sentimentos, conhecendo seu corpo e observando as potencialidades e dificuldades/bloqueios de diversas ordens. Da mesma forma, é importante estimular a construção de relacionamentos que contribuam para o crescimento pessoal, que ajudem na superação das dificuldades e fortaleçam a autoestima, promovendo o diálogo e assegurando o consentimento.¹

MODELOS DE RESPOSTA SEXUAL

Muitas pesquisadoras e pesquisadores do sexo criaram modelos que procuram descrever as respostas sexuais femininas. Durante a década de 1960, William Masters e Virginia Johnson observaram e mediram mulheres e homens engajando-se em atividades sexuais em um laboratório e publicaram sua pesquisa em *A Resposta Sexual Humana*² no ano de 1966. O modelo de Masters e Johnson categorizou quatro estágios de desejo fisiológico: excitação, platô, orgasmo e resolução. Entendê-lo ser útil não porque serve para todas as mulheres ou por ser um padrão que deve ser seguido, mas porque tem aspectos que podem se encaixar na sua experiência e porque uma série de profissionais da saúde ainda o utilizam. A seguir, confira uma explicação de cada um dos estágios desse modelo.

Excitação. Durante o primeiro estágio do tesão, a região pélvica inteira pode ficar inchada, pois o tecido erétil da pelve, da vulva e do clitóris se enche de sangue, e os nervos nessa região podem se tornar mais sensíveis à estimulação e à pressão. Na vagina, a maior circulação sanguínea produz um líquido que faz as paredes vaginais e os lábios internos ficarem molhados – um sinal comum de excitação sexual. Pessoas com vulva e vagina produzem quantidades diferentes de lubrificação: para algumas, pode não haver muita lubrificação ou ela pode vir depois, após suficiente estimulação sexual. A tensão sexual (ou tesão) afeta o corpo inteiro, pois os músculos começam a se contrair. Algumas pessoas podem ficar com a respiração acelerada ou sentir arrepios. Os mamilos podem ficar duros e eretos, e um rubor ou irritação pode aparecer na pele.

Platô. Se a estimulação continua, a pessoa passa para o estágio de platô. As respostas podem se intensificar à medida que a vagina se torna mais sensível e as glândulas do clitóris se retraem embaixo dele.

Orgasmo. Com suficiente estimulação do clitóris – e, para algumas pessoas, pressão no colo do útero ou em outras áreas sensíveis –, é possível atingir um pico, o orgasmo. Esse é o momento em que toda a tensão é liberada através de uma série de contrações musculares involuntárias e prazerosas, que podem ser experienciadas na vagina, no útero e no reto. Muitas pessoas sentem o orgasmo como uma contração e como uma libertação do corpo todo.

Resolução. A menos que o estímulo continue, ocorre o estágio de resolução. Durante meia hora ou mais após o orgasmo, os músculos relaxam, e o clitóris, a vagina e o útero retornam a sua posição original (exceto em casos raros, designados como síndrome de excitação genital persistente, diagnóstico usado pela psiquiatria em alguns casos e que, por isso mesmo, deve ser feito com cautela).

A psicanalista estadunidense Helen Kaplan,³ em suas pesquisas na década de 1970, identificou que, antes da excitação, existe o desejo e propôs um modelo que explicasse as respostas sexuais em três fases: desejo, excitação e orgasmo – para ela, o platô era uma fase desnecessária, já que, para que o orgasmo aconteça, é necessário que a excitação aumente.

Os trabalhos de Masters, Johnson e Kaplan foram de grande valor para as mulheres na exploração e na reivindicação do papel do clitóris em sua resposta sexual, já que as ajudou a identificar a dificuldade de atingir o orgasmo. No entanto, por terem limitado seu estudo a pessoas que eram muito experientes com orgasmos durante a masturbação e o sexo, reforçaram a crença de que o orgasmo e o sexo são necessários para a resposta sexual e para o prazer feminino. Além disso, por terem oferecido apenas um modelo de resposta sexual humana, Masters e Johnson erraram ao não considerar que algumas pessoas com vulva e vagina não sentem prazer com penetração – podem preferir estimulação clitoriana – e que outras podem apresentar dificuldade de ter orgasmos, mas ainda assim sentir muito prazer. A sexualidade humana é muito mais complexa do que isso: é possível que as pessoas se estimulem das mais diversas formas, inclusive sem tocar em seus genitais. A pele, por exemplo, é um enorme órgão muito excitável. Toques sutis, massagem e carícias nas mais variadas partes do corpo podem produzir respostas sexuais diversas e até orgasmos.

Sexualidade positiva

O termo “sexualidade positiva” surgiu na década de 1920 com um psicanalista estadunidense que declarou que, diferentemente das crenças da época, sexo poderia ser algo saudável, bom e prazeroso. Apenas muitos anos depois ele foi compreendido e aceito – só na década de 1960, no auge da revolução sexual feminina, o termo se popularizou. Atualmente, ganha espaço outra vez com a ampla discussão sobre sexualidade e com o advento das redes sociais. Em uma sociedade que ainda nutre vários tabus sobre a sexualidade humana, sexualidade positiva é a força que permite que a sexualidade seja vivida de forma prazerosa e saudável desde o início de nossa existência, sem que seja necessário esconder ou reprimir aquilo que existe de mais natural entre nós, que é, justamente, a expressão de nossa sexualidade.

Por mais importante que o estudo do sexo seja, não precisamos nos basear exclusivamente em especialistas para adquirir informações corretas sobre a sexualidade. Se você não se encaixa nos modelos apresentados, confie em sua própria experiência. Podemos obter dados importantíssimos ao discutir nossas vivências com colegas ou grupos. Em alguns casos, a informação pode ser complementada a partir de pesquisas respeitadas que tentam registrar e medir cientificamente nossas experiências.

Leituras e séries recomendadas

Pariremos com prazer – livro de Casilda Rodriganez Bustos

Pornochic – livro de Hilda Hilst

Garotas e sexo – livro de Peggy Orenstein

Testo Junkie – livro de Paul B. Preciado

Masters of sex – série

Sex education – série

A origem do mundo – livro de Liv Strömquist

Usos do erótico como poder – livro de Audre Lorde

História da sexualidade – livro de Michel Foucault

E-books do projeto *Prazerela* – Mariana Stock

A arte de amar – filme polonês

Big mouth – série

Transparent – série

Azul é a cor mais quente – filme e quadrinhos

Amor – filme

ORGASMO

Na década de 1970, a pesquisadora feminista Shere Hite⁴ fez uma enquete com mais de três mil mulheres e descobriu que a maioria delas não experienciava o orgasmo a partir do sexo. Entre 1970 e 1980, profissionais da saúde como Harold Lief, Helen Singer Kaplan, Bernie Zilbergeld e Carol Rinkleib Ellison expandiram o modelo de Masters e Johnson para incluir aspectos emocionais, como desejo e satisfação.

Em 1997, Beverly Whipple e Karen Brash-McGreer desenvolveram um modelo circular de respostas sexuais femininas sugerindo que, se a experiência sexual resulta em prazer e satisfação, pode levar a outra experiência sexual, mas, se a experiência não é prazerosa ou satisfatória, pode não levar a outra experiência sexual. Em 2001, Rosemary Basson publicou um modelo não linear de resposta sexual feminina que incorpora a importância da intimidade emocional, da estimulação sexual e da satisfação dentro da relação. Basson argumenta que, ao contrário do que o modelo linear sugere, mulheres têm várias razões – além do desejo – para se engajar em atividades sexuais.

A melhor parte é o pós-sexo, quando estamos ambos moles e brilhando de satisfação, agarrados um ao outro. Amo como ele conhece meu corpo, onde tocar, como tocar. O sentimento é de estar tão cheia dele e tão cheia de prazer que poderia explodir. O clímax do orgasmo, seja uma erupção intensa de prazer físico ou um sentimento esmagador de estar completamente apaixonada por ele, traz lágrimas aos meus olhos.

Apesar das limitações do modelo revisado de Masters e Johnson, profissionais de clínica médica, psiquiatras e companhias farmacêuticas continuam a usá-lo para criar definições tanto de saúde sexual quanto de problemas sexuais. Por exemplo, um recurso-chave usado por profissionais de saúde mental, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), baseia suas definições de disfunção sexual no modelo de resposta sexual de Masters e Johnson. A psicanálise faz imenso contraponto à abordagem da psiquiatria tradicional, trazendo as questões para a escuta e para o encontro. Além disso, iniciativas que vêm ajudando mulheres a se conhecerem, como a terapia orgástica e a massagem tântrica, têm uma visão com menos enfoque no diagnóstico e na patologização e mais no autoconhecimento.

O orgasmo é traduzido fisiologicamente como contrações da musculatura do terço externo da vagina e pode ser provocado por vários tipos de estímulos (apesar de fisiologicamente ter sempre a mesma expressão).

O estudo do orgasmo é metodologicamente complexo e, por isso, trata-se de algo ainda mal compreendido. Podemos conceitualizá-lo como um aumento da excitação sexual até um pico no qual alguns processos neurofisiológicos são desencadeados com as seguintes manifestações: sensação intensa de prazer; pequeno grau de alteração de consciência em que o processamento de informação está reduzido; sensações genitais que se espalham pelo corpo em uma extensão variável; contrações nos músculos do pavimento pélvico (músculos à volta do ânus e da vagina que sustentam os órgãos abdominais) e possivelmente nos músculos uterinos. O mecanismo que faz a passagem da excitação para desencadear o orgasmo não é completamente conhecido.

O orgasmo pode variar totalmente em diferentes momentos, dependendo de fatores como se você está se masturbando ou se está com outra pessoa, o tipo e a quantidade de estimulação e em que fase do seu ciclo menstrual você se encontra. Outros fatores incluem como você está se sentindo emocional e fisicamente, o que engloba, por exemplo, seus níveis de energia, tesão e disponibilidade.

Masters e Johnson afirmaram que todos os orgasmos femininos são fisiologicamente os mesmos (provocados pela estimulação do clitóris, com contrações ocorrendo principalmente no terço distal da vagina). Ainda assim, algumas mulheres descrevem orgasmos que não entram nessas categorias. Um orgasmo que algumas mulheres descrevem como “profundo” ou “uterino” é provocado pela penetração na vagina. Durante a acumulação gradual de prazer, muitas prendem (involuntariamente) a respiração e a soltam explosivamente durante o orgasmo – elas não sentem nenhuma contração do terço distal da vagina. Além disso, as mulheres têm o potencial de responder ao tesão pelo corpo inteiro, especialmente na região pélvica.

Algumas pessoas sentem que o colo do útero e o útero são cruciais para seus orgasmos. Atualmente, já se sabe que o ponto A, localizado no fundo da vagina, atrás do colo do útero, é responsável por grande parte do prazer para uma parcela das pessoas.

É possível não sentir um orgasmo e ter uma relação sexual prazerosa. Às vezes, algumas mulheres percorrem um longo caminho até gozar pela primeira vez. Isso ocorre por um misto de machismo e relações heterossexuais em que o homem não se importa muito com o prazer de sua companheira, mas principalmente por falta de autoconhecimento e autoexploração.

Comecei a entender a minha sexualidade aos 23 anos de idade, cursando o 3º ano da graduação em Medicina, quando o professor falou, durante uma aula, que “a sexualidade se desenvolve em três etapas: primeiro, a pessoa descobre seu prazer sozinha; depois, descobre seu prazer acompanhada de outra pessoa e, finalmente, descobre o prazer da outra pessoa”. Naquele momento, me vi internamente interrogada: ainda não havia descoberto meu próprio prazer, será que estava errada? Meu prazer sexual era bastante travado, tinha dificuldade em gozar, que era meu maior objetivo nas relações sexuais. Eu não havia seguido as três etapas da descoberta do prazer, será que era por isso? Foi então que decidi entrar em uma jornada de autodescoberta. Resolvi retomar essas etapas que se estamparam na minha cabeça, mas agora na minha sequência: o prazer dos outros eu já conhecia, restava-me descobrir o meu prazer. Comprei vibradores, cremes estimulantes, apelei para a pornografia e nada. Chorava ao ver mulheres facilmente gozando nos filmes de Hollywood. Eu pensava que conseguiria rapidamente ter essa descoberta, mas foram 15 anos de experiências sexuais “dessexualizadas”, paciência, muito autodescobrimento e melhora da comunicação. Hoje abraço as minhas três etapas: “primeiro eu descobri o prazer dos outros, depois, descobri meu prazer sozinha para, finalmente, compartilhar (deliciosamente) meu prazer com os outros”. Precisei entender que o nosso prazer está dentro de nós mesmos, que nossa imaginação é capaz de nos levar muito além dessa indústria criadora de ideais inatingíveis, que o orgasmo não é o objetivo da relação, e, sim, uma feliz coincidência dentro dela. Me dei conta de que tinha vergonha de entender o que me estimulava e me dava prazer, mais vergonha ainda em compartilhar isso com os outros. Hoje escolho compartilhar esse meu relato com todas aquelas que se encontram desacreditadas, para mostrar que o prazer sexual é, sim, possível para todas nós, e não apenas para algumas “sortudas”.

O PAPEL DO CLITÓRIS

Para muitas pessoas, o clitóris é o órgão mais sensível ao estímulo e desempenha função importantíssima no prazer e no orgasmo. Por muitos anos esquecido dos livros de anatomia genital feminina, o clitóris ganhou destaque nas últimas décadas por ser um órgão que existe exclusivamente para o prazer e por possuir o dobro de terminações nervosas se comparado ao pênis.⁵

O clitóris é uma estrutura interna, com dois corpos cavernosos-eréteis de 9 cm de comprimento, e vai muito além da pequena glândula visível, externa, que tem 1 ou 2 cm. Esses corpos cavernosos têm a forma de asas de avião ou da letra “V” invertida e estão localizados por baixo dos lábios internos. Essa estrutura interna possui milhões de terminações nervosas, constituindo o tecido mais enervado do corpo humano. Por conseguinte, é uma estrutura altamente sensível e que aguarda ser estimulada. Existem ainda os bulbos vestibulares, estruturas eréteis que têm conexões neurovasculares com os corpos cavernosos. A glândula clitoridiana se encontra na bifurcação dos lábios internos e é a única parte do clitóris visível.

A estimulação do clitóris pode ser mais direta (por exemplo, no sexo oral) ou mais indireta (na penetração vaginal). Para conseguir um orgasmo, toda essa estrutura – tanto a parte interna quanto a externa – precisa estar envolvida. No entanto, a vagina não está excluída dessa cena, muito pelo contrário. Apesar de existirem menos receptores nervosos nessa região, a penetração vaginal é, para muitas mulheres, absolutamente fundamental na cena do prazer, na qual há posições sexuais mais facilitadoras do que outras, o que mais uma vez depende de cada mulher e do momento que se vive. Trata-se da maravilhosa complexidade da genitália feminina, em que quase tudo está escondido.

Você ou a pessoa com a qual está pode estimular seu clitóris de vários modos – massageando, chupando, batendo, beijando, usando pressão corporal ou um vibrador. Qualquer fricção ou pressão na região do monte púbico ou nos lábios vaginais (ou até mesmo na parte mais baixa do abdômen e das coxas internas) pode mover o clitóris ou pressioná-lo contra o osso púbico.

Uma vez que alguém conhece bem meu corpo a ponto de me fazer gozar facilmente, é tão bom só relaxar e abrir mão do controle do que está acontecendo. Além disso, adoro me sentir sexy e satisfeita com meu corpo, que responde a todas essas sensações gostosas e me deixa experimentar êxtase do jeito que eu quero. Para alguém que teve uma conflituosa relação com seu próprio corpo ao longo dos anos, é muito significativo, agora, que eu seja doída pelo meu corpo e pelo modo como ele vive o prazer.

SERÁ QUE TIVE UM ORGASMO?

Às vezes, pode ser difícil saber se você teve um orgasmo:

O que já ouvi sobre o orgasmo é que deve ser algo grande, mas não é desse jeito que acontece para mim. Sinto um acúmulo de prazer intenso, que é ótimo, e, do nada, meu clitóris se torna sensível demais para continuar sendo estimulado, então paro. Não tenho vontade de continuar, só me sinto relaxada e cansada de um jeito bom. Sempre me pergunto: perdi o clímax? Ou será que foi mesmo um orgasmo?

Se a excitação é produzida sem estímulo suficiente para o orgasmo, a tensão sexual eventualmente diminui e o orgasmo pode não ocorrer. No entanto, hoje já sabemos que existe uma série de razões para que o orgasmo não ocorra e que não se trata apenas de falta de estímulos.

Ainda que se saiba que mulheres que transam com mulheres têm mais orgasmos que mulheres que transam com homens, preocupações, falta de conhecimento sobre o próprio corpo, não ter o hábito de se masturbar, relações de poder no sexo heteronormativo, foco primordial na penetração e falta de conhecimento sobre a anatomia da vulva são alguns dos fatores que levam muitas pessoas com vulva a ter menos orgasmos que pessoas com pênis. As ideias de que sexo é penetração e de que a relação sexual acaba com o orgasmo e a ejaculação masculinos são reflexo de uma crença que reduz a relação sexual e faz com que muitas mulheres passem a vida sem experimentar um orgasmo ou sem sentir prazer.

Algumas pessoas têm orgasmo apenas uma vez, enquanto outras o têm duas ou mais vezes em rápida sucessão. Contudo, apesar de ser possível ter orgasmos múltiplos, nem todo mundo o experimenta. As pessoas com quem você transa podem querer te proporcionar orgasmos múltiplos, mas um só orgasmo pode ser suficiente, assim como a expressão sexual sem orgasmo também pode ser prazerosa. Algumas vezes, os orgasmos (sozinhos ou múltiplos) podem se tornar mais uma pressão de desempenho ou um objetivo a alcançar do que uma consequência natural de uma relação sexual prazerosa.

Quando me esforço muito para ter um orgasmo, geralmente não consigo e acabo frustrada e entediada. Para mim, é melhor relaxar e deixar acontecer – se for para acontecer.

E SE EU NÃO GOZAR?

Muitas mulheres nunca tiveram um orgasmo ou têm dificuldade de experimentá-lo. Às vezes, o que falta é informação ou experiência. Muitas mulheres acham mais fácil ter um orgasmo quando os músculos ao redor do terço distal da vagina (músculos pubococccígeos) estão fortes e bem exercitados.

A vergonha de explorar e tocar nossos corpos, por exemplo, pode nos impedir de aprender a sentir prazer a ponto de ter um orgasmo. Além disso, violências sexuais também podem contribuir para essa dificuldade, já que a excitação pode trazer à tona memórias mentais e/ou físicas de abuso, mesmo em uma relação consensual, não coercitiva e segura.

Enquanto algumas mulheres podem nunca ter um orgasmo, a maioria de nós, através da experimentação e da experiência, viverá essa sensação. Se você se sente incomodada por não estar tendo orgasmos, pode explorar formas de consegui-lo. Tente com a masturbação, com um vibrador, sozinha ou durante o sexo com outra pessoa. Fale disso na terapia ou na consulta com uma pessoa profissional de saúde – prazer e sexualidade também são temas que impactam nossa saúde física e mental, muitas vezes trazendo angústias. Terapeutas sexuais são treinadas/os especificamente para ajudar as mulheres na compreensão das causas complexas que podem servir de obstáculo para orgasmos, como problemas físicos, memórias negativas, dinâmicas da relação, educação, religião e medo de expressar e buscar o que se quer.

Na relação, pode haver alguns problemas que dificultam o orgasmo, como os destacados a seguir:

- Você pode não estar afim de transar com a pessoa no momento ou pode não haver uma boa comunicação sobre sexo entre vocês.
- Você e/ou a pessoa com quem está precisam de mais educação sobre sexo para entender o que está acontecendo durante a excitação.
- Você pode estar preocupada demais pensando se está fazendo tudo certo, se está indo bem, se está suficientemente rápido, se a outra pessoa está gostando ou se está cansada ou impaciente.
- Você pode estar com medo de pedir demais, parecer mandona ou aparentar estar com muitas expectativas.
- Você pode estar com medo de que, se a outra pessoa se concentrar muito no seu prazer, você vai sentir tanta pressão para ter um orgasmo que não vai conseguir chegar lá – o que acaba acontecendo.
- Você pode estar tentando ter um orgasmo ao mesmo tempo que a outra pessoa (orgasmo simultâneo), o que raramente ocorre.
- Você pode estar chateada, com problemas emocionais ou conflitos relacionados com a outra pessoa.

- Você pode estar zangada ou com medo em função de algo que aconteceu no passado, que pode, ou não, envolver a pessoa com quem você está agora.
- Você pode estar sentindo culpa por fazer sexo e, por isso, não consegue aproveitar.
- Você pode ter internalizado a ideia de que, com um parceiro masculino, mulheres devem orgasmar durante o sexo, e isso não está dando certo.
- Você pode ter caído no padrão de “fingir” orgasmo para agradar a pessoa com quem está ou para acabar logo com o sexo.

Para algumas mulheres, relações sexuais podem nunca acabar em orgasmo, mesmo quando o sentimento é bom. Isso é perfeitamente normal. A estimulação direta e, muitas vezes, prolongada no clitóris – antes e durante o sexo – é necessária em muitos casos. Relações sexuais podem ter a ver com prazer ou conexão, sem precisar ter como foco o orgasmo.

Não conseguir orgasmar com uma pessoa não é necessariamente uma falha da relação, apesar de às vezes ser uma pista de que a relação deve mudar de alguma forma. Também pode ser que uma ou ambas as partes precisem aprender mais sobre suas próprias respostas sexuais.

Só com penetração vaginal, não chego ao orgasmo, e isso acontece com muitas mulheres. Preciso de estimulação direta no clitóris, e da forma certa. De 11 relações, só tive duas em que a outra pessoa conseguiu me fazer gozar sem a minha ajuda. E, mesmo nesses casos, levou um bom tempo para aprenderem como – seis meses para uma e um ano para a outra –; e apesar de ambas terem conseguido fazer isso por meio de sexo oral, apenas uma conseguiu fazer com os dedos, e só em uma ocasião. Se estou tentando gozar durante o sexo, provavelmente sou a pessoa que vai fazer isso acontecer – e geralmente o melhor jeito é com um vibrador.

O PONTO G

Algumas mulheres experienciam prazer sexual intenso e orgasmo quando uma área em particular – encontrada aproximadamente entre o primeiro terço e a metade da parede anterior da vagina – é estimulada. Essa área foi primeiramente descrita pelo Dr. Ernst Gräfenberg, que publicou sua descoberta em 1950 – o nome “ponto G” foi dado em sua homenagem.

Há um debate entre cientistas sobre se o ponto G é uma estrutura anatômica ou se o prazer que algumas mulheres experienciam quando a área é estimulada se deve a sua proximidade com o clitóris. Caso você queira descobrir se a estimulação dessa zona é prazerosa a você, separe um tempo em que você possa se deixar relaxar e ficar

excitada. Você pode querer começar com outros tipos de estimulação e, então, usar seus dedos para explorar de cinco a sete centímetros dentro da vagina em direção ao seu abdômen. Procure por uma textura mais rígida ou por cumes. Pode ser útil curvar seus dedos em uma posição de “vem cá” e explorar a área, massageando-a e pressionando-a. Você também pode tentar em posições diferentes, como deitada de barriga para baixo ou agachada. Pode ser difícil de achar o ponto, ainda mais se seus dedos forem mais curtos e/ou se sua vagina for especialmente longa.

Quando você tocar essa zona pela primeira vez, pode sentir como se tivesse que fazer xixi, o que se deve ao fato de que a área do ponto G fica ao redor da uretra, o tubo pelo qual você urina. Essa sensação pode diminuir após alguns segundos de massagem.

Ao contrário do mito popular, o ponto G não é um botão mágico que automaticamente produz êxtase quando apertado. Mais do que um ponto, é uma região em que algumas pessoas sentem mais prazer, embora isso não seja uma regra. Mais do que nomear pontos e regiões específicas, tenha curiosidade e explore seu corpo com carinho.

Ejaculação feminina

Para algumas pessoas, se certas áreas da vulva, da vagina ou do clitóris são suficientemente estimuladas, pode-se chegar à ejaculação, uma liberação de líquido da uretra. Algumas pessoas duvidam da sua existência, mas a ejaculação feminina tem sido descrita desde escritos da Grécia antiga, passando pelo Kama Sutra do hinduísmo, até a arte japonesa do século 16. Às vezes chamada de *squirting* (esguicho), a ejaculação feminina pode trazer êxtase e prazer:

A sensação de quando estou prestes a ejacular é superintensa. Todos os meus músculos ficam rígidos, paro de respirar e não tem nada que eu possa fazer para impedir o que acontece depois. Então, sinto um êxtase incrível, pois, quando o líquido sai de mim, meu corpo inteiro relaxa. Não acontece sempre, e não sei fazer acontecer, mas, quando acontece, é maravilhoso!

A ejaculação pode ocorrer com ou sem um orgasmo. Apesar de a ejaculação ser liberada pela uretra, não está claro o que constitui esse líquido. Pesquisas indicam que é algo quimicamente diferente da urina, e alguns estudos descobriram que seus elementos biológicos são similares aos que são encontrados no fluido da próstata. O tamanho da ejaculação varia de uma colher de chá a um jorro grande o suficiente para criar uma poça do tamanho de um prato de jantar no lençol. Tem a aparência de leite desnatado aguado, e seu cheiro e gosto podem variar durante o período menstrual.

MASTURBAÇÃO

Masturbação – tocar-se sexualmente – é um modo de explorar e sentir prazer sexual. É comum que as crianças toquem e brinquem com seus corpos, incluindo seus genitais, principalmente porque isso as faz se sentir bem. A mensagem de que não é apropriado se tocar desse jeito vem mais tarde, por parte de pais ou responsáveis, das escolas, das instituições religiosas e da cultura ao nosso redor. Aulas de educação sexual raramente ajudam, pois quase nunca falam sobre masturbação. Em 1994, durante uma conferência da ONU sobre a Aids, perguntaram à então Cirurgiã Geral dos Estados Unidos, Joycelyn Elders, se a masturbação deveria ser promovida como meio de prevenir jovens de se engajar em formas mais arriscadas de atividade sexual. Ela respondeu: “Eu acho que é algo que faz parte da sexualidade humana e que talvez devesse ser ensinado”. Logo depois, Elders foi demitida.

No Brasil, o projeto de educação sexual nas escolas foi fortemente criticado e banido pelo governo Bolsonaro com a justificativa de que promove a sexualidade precocemente, quando, no entanto, sabemos que a educação sexual nas escolas ensina às crianças sobre prazer, corpo e consentimento, ajudando, inclusive, a prevenir violências sexuais. A cartilha de educação sexual produzida pelo Ministério da Saúde que ensinava crianças e adolescentes sobre IST, contracepção e a conhecer o próprio corpo foi retirada das escolas em 2019.

A masturbação nos permite explorar e experimentar com nossos próprios corpos e a aprender que tipos de toque são prazerosos. Você pode descobrir seus próprios padrões de resposta sexual sem precisar pensar sobre as necessidades e opiniões de outra pessoa. Se quiser, pode guiar as mãos de suas parcerias sexuais para os lugares que você quer que sejam tocados, compartilhando o que aprendeu sobre si.

Me masturbar é o que mais amo em ser sexual. É poderoso. É sexy. É sempre um momento gostoso e um gesto muito amoroso. É uma sensação de muito poder e autonomia estar no controle do seu próprio orgasmo.

Acho que comecei a gostar mais de ser ativa sexualmente quando fiquei mais confortável com a minha masturbação. Isso não aconteceu até eu estar na faculdade, o que me parece um pouco tarde, agora que penso sobre isso. Foi bem legal descobrir que eu podia me fazer sentir certas coisas e fazer meu corpo responder de modos diferentes. Consequentemente, quando comecei a ter encontros sexuais com outras pessoas, consegui desfrutar porque sentia que tinha pelo menos um pouco de influência sobre meu próprio prazer.

Masturbação feminina era um assunto sobre o qual eu e minhas amigas no colégio nunca conversávamos. Eu sabia que mulheres tecnicamente podiam se masturbar, mas

não sabia nem por onde começar quando passei a me tornar ativa sexualmente. Eu não conseguia me estimular e não tinha muito conhecimento sobre o que podia fazer com meu próprio corpo. Por um tempo, essa falta de exploração me levou a acreditar que eu era uma dessas mulheres que nunca orgasmam. Nunca cheguei ao clímax com meu primeiro namorado e achava isso normal.

Eu só fui me dar prazer depois que comecei a namorar outro cara. Para a minha sorte, ele era muito habilidoso em sexo oral e meio que me mostrou o que era gostoso antes mesmo de eu saber o que eu queria ou esperava. Sem ele, não sei se saberia sequer como começar a me tocar do jeito certo. Depois disso, a masturbação começou a fazer parte da minha “rotina” sexual. E devo confessar que o sexo com certeza melhorou, com todas as pessoas com quem estive, depois disso. Não só eu sabia melhor o que me excitava e o que me brochava, mas fiquei muito mais confortável com meu próprio corpo. Ser capaz de experienciar esse tipo de prazer sexual me fez me sentir sexy. Foi realmente uma espécie de renascer.

Depois da menopausa, especialmente se você não está fazendo sexo com outra pessoa, a masturbação pode ajudar a manter o tecido vaginal úmido. Além disso, para mulheres de qualquer idade, é um jeito de se conectar com seu corpo:

A masturbação é a minha parceira... Já que não tenho tido relações, sexuais ou de outro tipo há muito, muito tempo, é assim que fico sintonizada com meu eu sexual.

A REVOLUÇÃO DO PRAZER

Você pode se sentir sem graça ou muito autoconsciente na primeira vez que tentar se masturbar. Além disso, pode sentir que não sabe como fazer ou desistir cedo demais por estar tentando reproduzir o que viu em filmes ou o que ouviu de amigas. É também possível se sentir envergonhada por se dar prazer sexual.

Lembre-se: o prazer começa no dia a dia, e não na masturbação. Você se permite sentir prazer em geral? Ou sua vida é conduzida de uma forma em que os pequenos e grandes prazeres te fazem sentir culpada? Vivemos em uma sociedade que visa à produtividade, à performance e que não tolera o ócio e aquilo que não é útil. Você consegue parar o que está produzindo para dedicar momentos de seu dia a seu prazer (seja ao se alimentar, contemplar uma árvore, ouvir uma música ou dançar)? Você se permite rir? Receber carinho? Ou acha que não é merecedora de cuidado? O prazer começa no dia a dia, nas pequenas coisas, nas cotidianidades, e é preciso fazer essa reflexão antes de começar a culpar a falta de lubrificação ou de testosterona pelo baixo ou insatisfatório prazer sexual.

É preciso entender, também, que a libido é uma energia que podemos dedicar a diferentes coisas e que é influenciada por como estamos nos sentindo, pelo tempo que temos, ou não, para dedicar a tarefas prazerosas e pelos afetos que nos atravessam. Se estamos muito engajadas em uma tarefa, preocupadas com dívidas ou muito inseridas em um projeto profissional que nos demanda demais, é possível que sobre pouca energia para o prazer sexual – nisso se insere a questão da disponibilidade (ou a falta dela) para o erótico, para o sexo.

É possível sentir prazer de várias formas, e a masturbação é uma delas. Comece com um toque sutil em seu corpo. Quantas vezes você se permite sentir seu corpo com atenção? Deixe-se surpreender pelos arrepios e sensações que esse toque pode proporcionar. Toque os braços, a barriga, faça uma automassagem, passe um creme hidratante, olhe-se no espelho se desejar. Esteja aberta para se espantar com o prazer e com o desconforto que um toque em uma região pouco explorada ou esquecida possa produzir – espantar-se com o novo, com uma excitação ao tocar seu joelho ou suas clavículas por exemplo.

O prazer sexual não está necessariamente atrelado à genitália, mas, se desejar tocá-la, algumas sugestões: encontre um canto quieto, onde você possa estar sozinha sem interrupções, e fique à vontade. Olhe sua vulva, admire-a. É preciso ter consciência de que isso pode gerar estranhamento – muitas pessoas com vulva que não têm o hábito de ver outras vulvas sentem vergonha do próprio corpo. Vivemos em uma sociedade machista e racista na qual a vulva conhecida é a que aparece em revistas e sites de pornografia. Temos pouco acesso a diversidade de formas, cores, cheiros e quantidade de pelos. Saiba que é possível estranhar, mas é necessário se conhecer para uma verdadeira revolução do prazer. Toque em sua vulva e se permita descobrir, também aí, quais pontos te excitam e quais pontos podem trazer desconforto. Esteja atenta e observe suas reações como alguém que está curiosa e disposta a sentir também o inesperado. O prazer não vem sempre igual e nem de um jeito rígido. Filmes eróticos e pornográficos podem nos excitar, mas não nos ensinam a nos conhecer. Use um ou mais dedos para se tocar e adicione um lubrificante se desejar – pode ser um óleo vegetal, como o de uva ou o de coco. Faça uma massagem em sua vulva e hidrate-a. Experimente com tipos diferentes de pressão e rapidez. Use um vibrador se desejar ou algum outro objeto seguro para esse toque indireto. O clitóris é extremamente sensível e, às vezes, tocá-lo diretamente ou esfregar suas glândulas (ou a ponta) pode doer – o toque sutil pode ser mais prazeroso.

Você também pode desejar ser penetrada com o dedo ou um objeto – não existem limites para a busca do prazer. Nosso órgão mais poderoso é o cérebro, e imaginar pode ser muito potente.

Aos 16, como a garota “boa” que eu deveria ser, abri mão da masturbação pela quaresma. Como eu definia masturbação apenas como tocar minhas genitais de um modo sexual, naquelas seis semanas aprendi que podia ter orgasmos maravilhosos com uma mistura de criar fantasias e silenciosamente tensionar e relaxar os músculos ao redor da minha vagina e da minha vulva. Tenho 65 anos agora e ainda colho os benefícios do que aprendi naquela época.

Posso direcionar nosso chuveirinho para que a água acerte o meu clitóris num fluxo estável. Basicamente tenho um relacionamento com aquele chuveiro e não abria mão dele por nada – é bom quando me levanto pro trabalho e não tenho tempo para fazer sexo.

Para mim, a parte mais prazerosa é um pouco antes de atingir o orgasmo. Sinto que não estou mais no controle consciente do meu corpo e sei que não há como evitar o orgasmo nesse instante. Eu paro de tentar. Gosto de aproveitar este raro momento de verdadeira entrega!

É essa entrega que nos permite ter orgasmos. Se você não tiver um orgasmo quando estiver se masturbando, não se preocupe com isso. Apenas aproveite as sensações:

A masturbação me abre para o que está acontecendo em meu corpo e faz eu me sentir bem comigo mesma. Gosto de seguir o impulso do momento. Às vezes, tenho muitos orgasmos; às vezes, não. A maior fonte de prazer é ser capaz de fazer o que for bom para mim naquele momento específico. Raramente tenho tanta liberdade em outros aspectos da minha vida.

Sim significa sim

Os ensaios marcantes e sinceros em *Yes Means Yes: Visions of Female Sexual Power and a World Without Rape*⁷ (Sim significa sim: visões do poder sexual feminino e um mundo sem estupro) transformaram o modo como pensamos sobre a sexualidade das mulheres. Jaclyn Friedman (coeditora do livro com Jessica Valenti) explica o significado por trás do movimento:

Você provavelmente já ouviu a frase “não significa não” e deve saber o que ela significa: se alguém disser “não” a qualquer tipo de interação sexual, você deve parar. Mas você já ouviu a frase “sim significa sim”?

“Sim significa sim” é o slogan de um movimento para aumentar nossa compreensão a respeito de consentimento sexual, de modo que, assim, ele seja

claro e funcione para todas as pessoas. A filosofia do “sim significa sim” é a de que o único consentimento sexual válido é o consentimento entusiasmado. Nem sempre isso precisa ser acessado por palavras – gestos e expressões corporais são suficientes para que percebamos se a pessoa está empolgada e afim de ter uma relação sexual.

Enquanto o “não significa não” sugere que, se a pessoa não estiver claramente se opondo, você pode fazer o que quiser, o princípio do consentimento entusiasmado diz que você não deve fazer nada com que não esteja ativamente entusiasmada (ou pelo menos entusiasmada para tentar). Se você não sabe se a pessoa com quem se relaciona está entusiasmada, pergunte.

Existem inúmeras razões para essa mudança. Embora o “não significa não” tenha popularizado a ideia de que os limites sexuais das mulheres devem ser respeitados (o que é triste considerar como uma grande conquista), também fez surgir inadvertidamente um apoio ao pressuposto cultural já difundido de que as mulheres só querem dizer “não” ao sexo. Também abriu espaço para os estupradores alegarem “ela não disse ‘não’” como uma defesa válida se a vítima violentada não protestou verbalmente devido a choque, medo, intoxicação ou qualquer outro motivo.

O consentimento entusiasmado reposiciona as pessoas que estão transando, colocando-as em um papel de preocupação com o desejo e com o entusiasmo do outro por estar ali. Esclarece essa confusão e, em casos de agressão sexual, recai sobre o acusado a obrigação de provar que a vítima consentiu livremente, em vez de pedir à vítima que prove que se opôs com veemência suficiente. Também desbanca a ideia de que as mulheres não querem sexo, já que assume que qualquer interação sexual requer o entusiasmo de todas as partes envolvidas.

Como a maioria das coisas, o consentimento entusiasmado é mais complicado na prática do que na teoria. Uma vez que ainda vivemos em um mundo que pune as mulheres que têm um grande desejo sexual ou o tipo “errado” de desejo sexual, muitas se sentem desconfortáveis em expressar entusiasmo pelo sexo, mesmo quando desejam muito uma interação sexual.

Ainda assim, o consentimento entusiasmado tem o potencial de melhorar a maneira como pensamos e nos envolvemos no sexo: promovendo uma comunicação direta e aberta sobre consentimento e prazer, reforçando a ideia de que as pessoas podem ser bastante diretas com sexo em seus próprios termos e criando uma cultura na qual o único tipo de sexo bom é aquele que é ativamente bom para todas as pessoas envolvidas.

A seguir, confira trechos de outros compilados em *Yes Means Yes* sobre consentimento.

Sim significa sim – autoras avaliam o consentimento

Rachel Kramer Bussel, *Beyond Yes or No: Consent as Sexual Process* (Além do sim ou não: o consentimento como um processo sexual)

Consentimento é um elemento básico da equação sexual. Se houver alguma incerteza ou se você estiver coagindo alguém a fazer sexo quando essa pessoa claramente não quer, você precisa repensar o que está fazendo e por que está fazendo isso...

O ônus de dizer “não” não deve recair sobre a mulher, mas sobre a pessoa que busca o ato sexual, a qual deverá obter um “sim” ativo.

O que significa dizer a alguém “Me come” ou, de forma mais delicada, “Me toca”? Dizer exatamente como você quer ser beijada, lambida, acariciada? Ou dizer exatamente o que você quer fazer com a pessoa? Você está deixando essa pessoa – e você mesma – saber o que você está querendo em vez de deixar isso para a imaginação. Você está dando instruções explícitas e, portanto, dizendo um “sim” tão alto que a outra pessoa precisará ouvi-la...

Ao adotar um conceito mais amplo de consentimento, reconhecemos que, assim como “sexo” significa muito mais do que apenas uma relação sexual envolvendo pênis e vagina, “consentimento” pode significar mais do que apenas “sim” ou “não”. Significa não fazer pouco caso do “sim”, bem como conhecer as razões por trás desse “sim”. Para mim, isso é o que é verdadeiramente sexy.

Jill Filipovic, *Offensive Feminism* (Feminismo ofensivo)

Sexo tem a ver com consentimento e prazer... Sexo não tem a ver com forçar alguém a fazer algo que não quer... Sexo deve ser praticado com alegria e entusiasmo pelas pessoas envolvidas; uma ausência de “não” não é suficiente – “sim” deve ser o requisito básico... As mulheres, enquanto protagonistas de suas interações sexuais, devem ter a plena capacidade de dizer sim quando querem, assim como os homens, e devem se sentir seguras em dizer não – mesmo se tivermos bebido, mesmo se tivermos dormido com você antes, mesmo se estivermos usando um jeans apertado, mesmo se estivermos nuas na cama com você.

Cara Kulwicki, *Real Sex Education* (Educação sexual de verdade)

Precisamos mudar a ideia de que “fazer sexo quando alguém diz não e nos afasta é errado” para “fazer sexo quando alguém não quer abertamente e com entusiasmo é errado”. Dói pensar em como minha vida teria sido diferente se alguém tivesse me ensinado que eu deveria expressar o desejo de contato sexual; e que ter contato sexual sem a expressão desse desejo seria errado. Eu realmente pensava que desistir, ainda que com receio, depois de dizer não 20 vezes, contava como consentimento.

CONSENTIMENTO

VAMOS FALAR SOBRE SEXO

Todas nós enfrentamos certos problemas em situações sexuais, seja em um encontro, em um namoro a longo prazo ou no casamento. Quero ter intimidade sexual com essa pessoa agora? De que modo? E se eu não souber? Posso dizer que estou confusa? Posso comunicar claramente o que quero e o que não quero?

Infelizmente, em nossa cultura, as mulheres ainda acreditam que é seu papel transar com o companheiro, mesmo sem vontade, com dor ou sem interesse algum em sexo. São inúmeras as mulheres que chegam aos consultórios com dor pélvica, ansiedade e, em dado momento, revelam que, por elas, nem transariam.

Falar sobre sexo pode ser desafiador, esteja você usando termos anatomicamente corretos, como vagina, pênis e penetração, ou gírias, como boceta, pau e foda. Se você acha o uso das gírias ofensivo, seja criativa e use sua própria linguagem. Por vezes, a imprecisão das expressões pode levar a problemas de comunicação se as pessoas em uma relação não forem claras sobre o seu significado – encontrar uma linguagem comum, com a qual ambas se sintam confortáveis, pode ajudar.

Comecei a me masturbar aos 11 anos e me envolvi sexualmente com outra pessoa pela primeira vez aos 14, mas não acho que tive um sexo realmente bom e agradável até incorporar boas práticas de consentimento em minhas interações sexuais.

Talvez seja legal encontrar um tempo para conversar com a(s) pessoa(s) com quem você se relaciona, quando não estiverem transando e não houver pressão para responder imediatamente. Você pode praticar isso explicando o que você gosta durante uma troca de massagens, por exemplo, quando a atmosfera está menos intensa. Falar

de sexo seguro, controle de natalidade e técnicas ou preferências sexuais não precisa acabar com o clima. Incorporar essas discussões nas brincadeiras sexuais pode ser excitante e levar a maior intimidade.

A linguagem corporal e os sons que fazemos também são importantes. Acelerar ou desacelerar os movimentos do quadril e colocar uma mão firme no ombro para dizer “vamos devagar” são formas de comunicação:

Eu gostava de apenas dizer “assista” e, então, mostrar. Nós estávamos com muito tesão. Ele começou a esfregar meu clitóris com força e doeu. Levei um tempo para decidir o que fazer. Tive medo de estragar o momento para nós dois falando algo sobre isso. Então, percebi que poderia apenas pegar a mão dele e gentilmente movê-la um pouco mais para cima.

Esteja ciente da relação entre as palavras e a linguagem corporal. Você pode estar dizendo verbalmente “sim” para algum contato sexual enquanto seu corpo está se distanciando ou ficando tenso. Você também pode estar dizendo “não” para ir mais adiante sexualmente enquanto continua a estimular a si mesma ou outra pessoa. É importante comunicar o que você realmente quer, parar imediatamente diante de qualquer sinal confuso da outra pessoa e esperar que ela sempre faça o mesmo por você.

Ele gozava quase instantaneamente quando começávamos a fazer amor depois de um beijo maravilhoso. Um pouco mais tarde, fazíamos amor de novo, quando eu já estava mais excitada – desejando-o intensamente. Eu nunca soube como alterar esse padrão, nunca ousei falar sobre isso e, mais tarde, descobri que ele se ressentia de “ter” que fazer amor duas vezes.

Tivemos uma vida sexual extremamente apaixonada por um ano e meio. Quando fomos morar juntos, a sexualidade de repente se tornou um problema. Descobrimos que nossos padrões eram muito diferentes. Minha amada precisa conversar, sentir-se íntima na conversa, relaxar completamente antes de querer algum contato sexual. Já eu preciso tocar e ter uma ligação física antes de me sentir relaxada o suficiente para conversar intimamente. Eu me aproximava dela quando entrávamos no quarto, e ela travava. Tivemos dificuldade por meses, ambas nos sentindo mal, antes de descobrir o que estava acontecendo.

Mesmo nos melhores relacionamentos, pedir o que queremos pode ser difícil, assim como podemos nos sentir inibidas em afirmar nossa sexualidade abertamente e com orgulho. Fomos condicionadas a pensar que o sexo deve vir naturalmente, e ter que falar sobre isso pode significar que algo está errado e que, portanto, pode ser ofensivo para o outro.

Eu queria falar do não prazer, porque sempre partimos do ponto de TEM QUE, e isso ferrava demais com a cabeça da adolescente iniciada no sexo aos 17 anos. Eu achava que tinha que transar com meu namorado muitas vezes dentro de um período de tempo, porque via nos filmes falas como “ele não me procura há um mês, tem algo errado”. Então, pra mostrar que estava tudo bem, muitas vezes transava sem nem querer transar. Então fiquei solteira, passei muitos meses sem transar e me senti ótima com isso, sentindo prazer em não ter o compromisso que a sociedade colocou em minha cabeça. Com meu marido, foi muito difícil assumir pra mim e pra ele que o sexo não está entre as minhas atividades favoritas. Conversamos muito pra ajustar isso e ainda conversamos. Respeitamos o limite de cada um e vamos achando maneiras.

Podemos evitar falar sobre sexo por uma série de razões, como:

- Ficar envergonhada com as próprias palavras.
- Ficar envergonhada pelos desejos, pensando que eles podem ser tabus ou que a pessoa com quem nos relacionamos pode nos julgar.
- Temer que a outra pessoa se sinta criticada ou cobrada.
- Achar arriscado, depois de fazer sexo com a mesma pessoa por anos, trazer à tona novas ideias ou desejos.
- Não ter uma comunicação muito boa em outras áreas do relacionamento.
- Ter uma parceria que parece estar na defensiva e que pode interpretar as sugestões como uma crítica ou como uma exigência.
- Sentir-se inexperiente ou confusa sobre o que você deseja em um determinado momento.

Falar de sexo inclui não apenas conversar e negociar sobre o que as pessoas na relação desejam, mas também discutir sexo seguro e, se necessário, controle de natalidade.

Negociar como e quando posso abrir mão do controle sobre meus movimentos físicos – por exemplo, quando é sexy ter minha namorada me restringindo e quando isso me deixa um pouco em pânico – tem sido um processo complicado. Eu me sinto mal por não poder dar pistas mais claras para a minha namorada sobre o que é bom e quando é bom, especialmente porque ela tende a recuar muito rapidamente quando eu digo: “Isso não foi bom desta vez” – [e ela responde] com “Bem, então vou parar de fazer isso de vez”. Essa resposta “tudo ou nada” vem (eu acho) de não querer fazer algo que não gosto e de não querer rejeição, mas há momentos em que quero um pouco de dor, quero um pouco de domínio e me sinto mal por não poder dar a ela uma noção mais clara de quando e em que circunstâncias certas atividades são boas e quando não o são.

Se você pedir o que deseja, poderá ficar aliviada e agradecida por ter seus desejos atendidos. No entanto, se a pessoa com quem você se relaciona tem preferências diferentes, talvez você tenha que fazer algumas negociações ou olhar embaixo da superfície e descobrir as necessidades subjacentes à relação. Por exemplo, digamos que você queira passar longas horas na cama em uma manhã de domingo fazendo sexo, mas a outra pessoa deseja se levantar e sair para correr. Que necessidades suas não estão sendo atendidas? Você quer mais intimidade? Precisa de tempo para se soltar? Quer mais atenção sexual? Está insatisfeita com sua vida sexual em geral ou entende que isso é apenas um desencontro dentre os muitos possíveis com uma parceria sexual? Quais são as necessidades da outra pessoa? Expandir o foco pode abrir mais possibilidades de atender às necessidades subjacentes de ambas as partes envolvidas.

Recursos recomendados: sexualidade e prazer sexual

Consulte os seguintes sites, *podcasts* e páginas de Instagram para obter informações de qualidade e se divertir:

Prazerela – <https://prazerela.com.br/>

Coletivo Feminista sexualidade e saúde – <https://www.mulheres.org.br>

Calcinha larga – *podcast* sobre maternidade e relacionamento

Pantynova.com – *podcast* erótico

Sexo e tintas – *podcast* erótico

Pelos lábios dela – *podcast* erótico

SEXO COM OUTRA PESSOA

Sexo com outra pessoa permite possibilidades infinitas: massagens, abraços, lambidas, beijos, carícias, mordidas, estimulação direta do clitóris, sexo oral, penetração vaginal ou anal, estimulação do mamilo, dedadas ou *fisting*, brincadeiras de faz de conta, tribadismo (esfregar uma parte do corpo contra os órgãos genitais de outra pessoa), *anilingus* (estimulação oral-anal, conhecida popularmente como “beijo grego”), conversas eróticas ou dormir juntos (sim, apenas dormir mesmo) sem sexo. Podemos reivindicar todas as dimensões da sexualidade que aprofundam a intimidade e o prazer:

Durante um sexo muito bom e íntimo, não me preocupo com coisas como que caretas ou ruídos estou fazendo, com o que meu corpo se parece ou como está se movendo ou quão perto estou do orgasmo. Fico atenta às sensações de prazer, observo como meu corpo responde a diferentes tipos de toque e posso escolher entre estar 100% mentalmente presente ou envolver minha mente em algum tipo de fantasia prazerosa. Ao descobrir o que excita a minha parceira, explorando seu corpo, apreciando-a, desvendando seus odores e texturas, estou começando a me amar mais também.

Eu amo aquele momento antes do orgasmo, quando tudo em mim desacelera e foca no prazer da outra pessoa. Se eu estiver com dor, cansaço ou suor, não importa; nada importa, exceto aquele momento próximo ao orgasmo. Sou uma pessoa muito sexual e adoro gozar também, mas, para mim, nada é realmente melhor do que levar a outra pessoa a um orgasmo intenso, longo e ofegante.

Nós sempre dormimos nus, lado a lado. Sempre há muitos toques e sensações, então, embora não tenhamos relações sexuais com frequência, considero que fazemos sexo o tempo todo.

Muitas de nós aprendemos que sexo com alguém significa penetração, e todo o resto é chamado de “preliminares”, palavra que pode ser um problema quando implica que tudo o que nos excita é apenas um passo no caminho para o grande ato.

Tenho orgasmos facilmente com penetração. Às vezes, amo quando ele enfia bem fundo. Às vezes, não quero penetração, quero outra coisa. Porém, ele acha que, se não fizermos sexo insertivo, não fizemos amor de verdade.

Para algumas pessoas, massagens e toques são ótimos para tornar a atividade sexual mais lenta e sensual. Outras gostam de sexo mais rápido e agressivo. É tudo uma questão de preferência pessoal, que se pode trocar ou mudar. Trata-se do que é bom e certo para você naquele momento:

Anseio por sentir o braço dela sob meu pescoço enquanto durmo. Anseio por acariciar seu rosto e sentir como é bom acordar com seus braços em volta de mim pela manhã. O calor e a paixão do sexo são ótimos, mas acho que uma carícia suave é mais pessoal. Isso é o que mais desejo agora.

Quando uma pessoa quer mais

Em um relacionamento de longo prazo, pode haver momentos em que uma das partes da relação tenha um nível de desejo mais elevado que a outra, o que pode criar certa tensão. Para alguns casais, uma discrepância de desejo pode ser simplesmente o resultado de preferências e ritmos corporais diferentes. Comunicar-se com clareza, aprender sobre as necessidades – as suas e as da outra pessoa – e encontrar uma forma de as duas partes ficarem satisfeitas e entenderem o lado uma da outra pode diminuir a frustração e ajudar a superar as diferenças. Para outros casais, a discrepância pode dever-se a falta de atração, problemas no relacionamento ou pode ter a ver com mudanças físicas.

A heteronormatividade compulsória associada ao machismo nos faz pensar que é normal que o homem sempre queira mais e seja quem procura a parceira. Contudo, é comum que mulheres estejam insatisfeitas com suas parcerias e desejem mais sexo, mas não consigam falar sobre isso por medo de a outra pessoa se sentir insuficiente.

Eu quero sexo com muito mais frequência que meu marido. Tento não levar para o lado pessoal quando ele diz “não”, mas às vezes dói. Eu me sinto rejeitada. As imagens na televisão e no cinema e as piadas que circulam na internet mostram sempre o homem querendo mais sexo que a mulher.

AUTOPRAZER DURANTE (E, ÀS VEZES, EM VEZ DE) SEXO COM OUTRA PESSOA

Algumas mulheres ficam excitadas ao ver outra pessoa se masturbar ou ao se dar prazer durante o sexo com outra pessoa. Pode ser algo que você faz sem pensar, simplesmente porque é bom acrescentar mais estímulos. Às vezes, pode levar algum tempo para aprender o que é mais prazeroso:

Quando começamos a transar, meu marido me incentivou a me masturbar porque eu tinha pouquíssima experiência com isso. Ele queria aprender sobre o que me excitava com a minha exploração. À medida que eu ficava melhor nisso, muitas vezes nos excitávamos assistindo ao outro se masturbando, às vezes tocando um no outro, às vezes apenas cada um em si próprio. É uma linda experiência. Aprendemos a dar orgasmos um ao outro com e sem penetração.

Eu sou um grande fã de masturbação mútua e definitivamente diria que pode se enquadrar na minha definição pessoal de “sexo”. Eu até diria que geralmente gosto mais do que da transa propriamente dita.

Falar sobre masturbação é importante, especialmente se a outra pessoa se sentir excluída ou ameaçada. Às vezes, pode demorar um pouco para se acostumar com a ideia de que o prazer de se satisfazer é algo de que ambas as partes envolvidas na relação podem desfrutar:

Nenhuma de nós tem problemas filosóficos com a outra usando masturbação como forma de sentir prazer sexual, mas minha namorada fica mal quando me toco enquanto fazemos amor. Eu tinha dificuldade de gozar quando começamos a fazer amor (o contexto era novo – não mais tão privado como costumava ser – porque outra pessoa estava lá!), e ela ainda se sente mal com isso, embora certamente não tenha sido culpa dela. Então, acho que, quando me toco, ela sente que não é desejada ou necessária. Mas fico realmente excitada com a experiência de ela estar lá enquanto me masturbo e experimento isso como uma coisa mútua, e não como algo que seja melhor que ela ou necessariamente individual. Então, embora eu não ache que a masturbação seja um tabu, ou seja de alguma forma uma traição à outra pessoa, entendo que isso pode realmente ter um efeito negativo no sentimento de segurança de outra pessoa, e isso me deixa triste.

Uma das maneiras de saber que me sinto confortável com alguém é quando posso partilhar o fato de que gosto muito de masturbação e costumo me masturbar todos os dias. Meu último relacionamento de verdade foi com um homem que sabia que eu gostava de masturbação e não se sentia ameaçado por isso de forma alguma. Nós até conversávamos sobre isso e desenvolvemos nosso próprio código secreto para quando estávamos no ato. Dito isso, acho que seria diferente se estivéssemos no mesmo espaço. Ele ficava bem quando eu fazia minhas próprias coisas, mas, quando estávamos longe um do outro, nas duas vezes em que comeci a me tocar enquanto brincávamos, ele me perguntou por que eu não estava esperando por ele. Acho que ele sentiu que, se estivéssemos juntos, deveríamos dar prazer um ao outro, e não a nós próprios.

Uma mulher vê isso como um trabalho de equipe:

Eu acho excitante quando estou confortável o suficiente para me tocar quando uma parceira está sendo sexual comigo e também acho excitante quando ela faz o mesmo. Sinto que isso abre uma certa vulnerabilidade, porque requer algum reconhecimento explícito de algo que você deseja... É fácil cair na mentalidade de que “Estou me tocando porque minha parceira não está fazendo algo que eu quero” ou “Minha parceira está se tocando porque eu não estou fazendo algo que ela quer”. Mas não acho que isso seja uma verdade absoluta. Acho que é possível que alguém simplesmente se sinta confortável o suficiente com a outra pessoa para que seu próprio prazer se torne um trabalho de equipe, o que torna as coisas mais divertidas para todo mundo.

PENETRAÇÃO VAGINAL

Muitas pessoas desejam penetrar ou ser penetradas durante o sexo, seja com a língua, com um consolo, com o pênis ou com o(s) dedo(s). A penetração vaginal pode ser suave, divertida, íntima, enérgica ou apaixonada. Também pode ser considerada recíproca quando uma das duas partes envolve o que quer que a outra pessoa esteja usando para inserir e explorar.

Lembro-me claramente de me mover dentro e ao redor dele, e dele dentro de mim, até que parecia que no mundo inteiro só havia nós dois dançando, enquanto nos movíamos juntos, amávamos juntos, gozávamos juntos. Às vezes, nessas horas, rio ou choro, e são as mesmas emoções fortes vindo de uma parte profundamente protegida de mim que está mais livre agora pelo fato de amá-lo.

A penetração pode ser fantástica para algumas pessoas, desagradável/indesejável para outras ou um meio-termo entre essas sensações. O segredo é falar para a outra pessoa o que você deseja no momento.

Algumas preferem usar lubrificante, outras não. Algumas levam mais tempo para se sentir excitadas suficientemente para a penetração, outras gostam que a penetração ocorra rapidamente. Você ou a outra pessoa pode aplicar lubrificantes à base de água, usar um preservativo lubrificado ou mesmo saliva. Se for usar óleo vegetal, fique atenta, pois eles podem danificar preservativos de látex e diafragmas.

É importante saber que a nossa lubrificação pode variar de acordo com elementos como a fase do ciclo em que estamos, o uso de medicação, graus de excitação diferentes, graus de estímulos sexuais, dentre outras coisas, como tensão. Além disso,

é possível que algumas pessoas sejam mais lubrificadas do que outras naturalmente e certas posições podem dar mais prazer que outras. Nenhuma dessas diferenças é necessariamente patológica. Na dúvida, conversar com uma pessoa profissional de saúde pode ajudar.

E se doer?

A penetração pode doer caso você esteja tensa e preocupada. No entanto, mesmo estando relaxada e com vontade, é importante saber se é o momento certo. Se você tentar a penetração antes de estar completamente excitada, a entrada da sua vagina pode estar muito apertada e pouco lubrificada. Então, não se apresse e nem deixe que te apressem.

Como em qualquer atividade sexual, se você for inexperiente, não estiver pronta ou no clima, se estiver assustada ou chateada com a pessoa ou, ainda, se ela não estiver ciente de suas preferências ou desejos sexuais – ou não os respeitar –, a penetração pode ser entediante, desagradável e até dolorosa. Se não está bom, pare. Invista mais na estimulação externa e espere até que você esteja bastante excitada para, então, tentar novamente se quiser. Algumas pessoas sentem dor durante a penetração mesmo estando muito excitadas, o que pode ser causado por várias condições.

Para o sexo com penetração, se quiser, você pode se sentar (ou deitar) na pessoa ou vocês podem ficar de ladinho. Outra opção é se sentar de frente para a pessoa e colocar suas pernas por cima das pernas dela. Além disso, a pessoa pode tentar a penetração por trás enquanto ela ou você acaricia seu clitóris.

Uma pressão na parte inferior da vagina pode ser a chave para o orgasmo para algumas pessoas, mas também pode ser doloroso para outras. Se você quer uma penetração profunda e pressão no seu colo do útero, escolha posições que tornem isso possível. Nossos corpos têm formatos diferentes e, por isso, precisamos achar as posições que funcionem melhor para nós. Caso você tenha lesões ou alguma deficiência, ser criativa e usar travesseiros para apoio, por exemplo, podem ser opções para alcançar maior conforto.

Se você estiver transando com uma pessoa com pênis e ela já estiver bastante excitada ao começar a penetração, movimentos rápidos para a frente e para trás, enquanto você faz pressão contra o corpo dela, podem fazer com que ela goze mais rapidamente. Se vocês quiserem prolongar o sexo, fazer movimentos mais lentamente é uma boa opção. Experimentem apertar seus corpos um no outro enquanto você está sendo penetrada e, depois, comecem a se movimentar em conjunto e devagar.

Você pode passar a mão, tocar, fazer movimentos circulares, prensar e experimentar diferentes ritmos e velocidades. Tente estimular o ponto G com um vibrador

ou outro brinquedo sexual. Caso vocês gostem, também podem enfiar um ou mais dedos ou, ainda, gradativamente, a mão toda (*fisting*). Isso pode te deixar quente e molhada e te dar uma sensação maravilhosa.

SEXO ORAL

Quando feito em uma pessoa com vulva e vagina, o ato de chupar ou lamber o genital é chamado de “cunilíngua”, mais popularmente conhecido como sexo oral – vulgarmente, “cair de boca” ou “boquete”.

Para muitas pessoas, é um dos melhores estímulos no sexo para a sensação de prazer e para atingir um orgasmo. Ao contrário do que se acreditava ou dizia antigamente, sexo oral também é sexo e está entre as preferências de estímulos para as pessoas com vulva.

A gente gosta muito de sexo oral. Ele está sempre disposto e com vontade. Ele fala: “Você quer ter um orgasmo?”. E vai lá embaixo. É maravilhoso!

No começo do nosso relacionamento (quando eu ainda não fazia muita ideia de como funcionava essa coisa de “fazer sexo”), dei a entender que iria fazer um oral nela, que disse (gentilmente) algo do tipo: “Só para você saber, eu nunca fui muito fã de sexo oral. Não funciona muito para mim”. Opa, tudo bem. Então deixei para lá. Mas eu queria muito, muito mesmo, sentir o gosto dela. Então, durante o sexo, fui beijando a virilha dela, depois as coxas, depois abri as pernas dela (o tempo todo atento a um possível pedido de “pare”) e parti para o ataque... Cinco minutos depois, ela tinha gozado! “E isso”, eu falei ofegante, “para uma mulher que disse não gostar de sexo oral!”. “Eu não gostava até cinco minutos atrás!”, ela respondeu. Tem validação melhor que essa? Eu não tinha ideia de que era capaz de fazer alguém se sentir bem daquele jeito. É incrivelmente gratificante.

Eu amo sexo oral – seja fazer ou receber. Quando estou fazendo um oral em alguém, eu gozo. É uma sensação incrível. Eu já estive com pessoas que se recusavam a fazer um oral em mim porque não gostavam ou porque eu não estava depilada ou algo do tipo. Eu nunca deixei de chupá-las porque elas não iriam retribuir. Mas realmente não estou mais disposta a fazer esse sacrifício.

Eu costumava ter repulsa só de pensar em fazer um oral em uma mulher. Achava que nós cheirávamos mal, que vaginas eram sujas. Foi um pouco intimidador no começo (embora menos do que havia sido com um pênis!). Mas logo eu aprendi a me soltar nas texturas, nos gostos e formas maravilhosas das vaginas.

Como tudo no sexo, sexo oral só é bom se a gente realmente quiser fazer:

Com certa frequência, um cara com quem estou ficando diz: “Se você não quer transar, faz só um boquete em mim”. Mas, se eu não o queria na minha vagina, provavelmente também não vou querê-lo na minha boca.

Às vezes, ter o pênis dele se movendo pela minha boca é incrivelmente erótico. Como não curto engolir o gozo dele, costumo cuspir ou deixar cair no lençol, e tudo bem. Mas tem vezes que fazer um boquete me deixa engasgada e não quero o pênis dele tomando conta da minha boca de jeito nenhum. Então fazemos alguma outra coisa ou tentamos uma posição na qual eu tenha mais controle, como, por exemplo, ficando por cima dele com a base do pênis na minha mão.

ESTÍMULO ANAL

O ânus pode ser estimulado com o dedo, a língua, o pênis, algum brinquedo sexual ou qualquer objeto macio, liso e fino, desde que tenha uma base mais larga, pela qual você consiga retirá-lo mais facilmente.

Para muitas pessoas, o ânus é uma área extremamente sensível sexualmente:

Eu gosto de ter algo pequeno introduzido no meu ânus durante o sexo – sem pressão ou movimento, apenas sentir algo ali. Quando passam a língua ao redor do meu ânus, durante o sexo oral, fico bastante excitada. E sexo anal, quando estou no clima, é incrivelmente sexy. Amo as sensações dentro de mim e a adrenalina de fazer algo tão incomum.

O ânus não é tão elástico quanto a vagina, então, seja gentil. Vá devagar, espere até estar relaxada e use um lubrificante. Se a penetração anal doer, pare. Não use lubrificantes anestésicos – inibir ou ignorar sinais de dor pode causar danos persistentes.

As bactérias do ânus podem causar sérias infecções vaginais e cistites. Caso você queira o dedo do seu parceiro ou parceira, um pênis ou um vibrador na sua vagina, depois de usá-lo no seu ânus, lembre-se de lavá-lo e de usar uma camisinha nova. Se você ou a pessoa com quem você está transando quiser usar a língua no ânus (o chamado “beijo grego”), usar uma proteção de barreira (como uma camisinha vaginal cortada) com lubrificante pode ajudar a evitar uma infecção intestinal ou uma infecção sexualmente transmissível, ainda que essa prática seja pouco difundida como proteção.

Nem todas as pessoas, no entanto, curtem sexo anal:

Eu queria gostar mais. Seria ótimo dar prazer a ele, mas preciso ser honesta – realmente não curto fazer isso. Na nossa única tentativa de sexo anal, acabei pulando no ar e gritando como um porco sendo abatido. Ele ficou tão nervoso que broxou na hora. Nós rimos muito. Acho que não chegou a entrar nem nada do tipo. O problema foi que não pensamos muito na logística da coisa.

FANTASIAS

Hoje mais cedo, enquanto me alongava para correr, fechei meus olhos e imaginei a pessoa que amo nua... Pude sentir os peitos dela na minha cara e na minha boca, nossos corpos se tocando, cada vez mais próximos, até nos tornarmos uma só. As imagens e os sentimentos despertados permaneceram comigo durante uma hora de corrida intensa.

A maioria de nós tem fantasias, seja na forma de imagens soltas ou histórias detalhadas. Nossos pensamentos e imaginações podem provocar respostas físicas intensas. Muitas pesquisadoras e pesquisadores do sexo afirmam que o cérebro é o órgão mais importante do prazer sexual. Algumas mulheres têm orgasmos simplesmente ao imaginar suas fantasias; assim, compartilhar fantasias com sua parceria pode ser erótico:

Começamos a falar sobre nossas fantasias sexuais há pouco tempo. Num primeiro momento, pareceu meio desleal eu precisar de fantasias quando a outra pessoa era ótima na cama. Mas agora nós percebemos que, quanto mais prazer, melhor.

As fantasias nos levam a todo tipo de experiência erótica, incluindo situações que parecem tabu. Muitas pessoas gostam de criar essas histórias e imagens mesmo que não tenham interesse em realmente colocá-las em prática. Mas se você constantemente tem fantasias perturbadoras, talvez seja bom conversar a respeito delas com uma amiga de confiança ou com uma pessoa qualificada para te aconselhar.

Algumas pessoas dizem que, se você fantasia com sexo forçado, significa que quer ser estuprada. Isso não é verdade. Diferentemente de um estupro real, fantasiar ou performar uma fantasia relacionada a estupro é algo consensual, uma escolha sua – não vai causar nenhum tipo de dor ou violação. Para aquelas que cresceram ouvindo que uma “menina direita” não pode querer transar, fantasiar que está sendo forçada pode ser uma forma de se ver livre da responsabilidade, além de bastante erótico:

Em uma das minhas fantasias mais excitantes, uma mulher e um homem me amarraram e fazem um ménage comigo. Tem algo incrivelmente erótico em me imaginar nessa posição de impotência. Na vida real, às vezes, eu e meu amor nos sentimos completamente vulneráveis ao que o outro faz ou quer. Essa fantasia me possibilita brincar com as dinâmicas de poder, que, às vezes, são muito fortes entre a gente.

Devemos desconfiar de fantasias que representem o imaginário pornográfico masculino de mulheres como submissas ou masoquistas e podemos imaginar que, em um futuro menos sexista, fantasias de dominação não acontecerão. No entanto, para algumas, a fantasia de ser dominada é um desejo sexual real e importante – que não é, necessariamente, um produto de uma cultura sexista:

Uma das maiores dificuldades que tive, enquanto feminista explorando minha sexualidade nos meus 20 e poucos anos, foi chegar a um acordo com o fato de que muitas das minhas fantasias sexuais – pelo menos as que me levam mais rápido ao clímax – têm algum elemento de servidão, dominação, contenção ou coerção. Isso me incomodou por um bom tempo. Não só sou absolutamente contra o sexo não consensual em um nível político e humanitário, mas também não conseguia conciliar meu desejo de ser dominada em uma fantasia sexual com minha teimosia e cabeça-dura. Na vida real, não há nada que me tire a vontade de cooperar mais rápido do que alguém me dizendo que não tenho escolha. Ainda assim, lá estava eu em minhas fantasias, ficando molhada, agitada e dolorosamente pronta para o orgasmo quando me imaginei amarrada, sendo penetrada e tudo o mais, sem qualquer opção de recusa. Durante o sexo sozinha, consegui aceitar isso melhor e perceber que a fantasia (sobre a qual eu tenho, definitivamente, controle total) é categoricamente diferente da realidade.

Encenação, sadomasoquismo (S&M) e bondage e disciplina (B&D)

Não há limites para encenar situações e fantasias que nos entusiasмам, desde que todas as pessoas envolvidas estejam consentindo e se divertindo. Podemos nos vestir e, depois, tirar tudo. Podemos ser depravadas, intensas ou carentes.

Às vezes, quando estou me sentindo bem, faço um striptease para meu marido – e para mim, já que nosso espelho está estrategicamente posicionado –, e nós dois ficamos muito excitados. Agora ele também faz isso. Para na frente da cama, mexe o corpo ritmicamente e vai tirando lentamente as roupas e jogando-as no chão. Eu adoro. A força e a vulnerabilidade dele se mostram ao mesmo tempo.

No sexo sadomasoquista (S&M) ou no bondage e disciplina (B&D), a encenação é baseada em fantasias de dominação e submissão. Às vezes, são performados papéis como os de mestre/serva, policial/cidadã e monarca/súdita.

O BDSM – que inclui bondage, disciplina, dominação, submissão, sadismo e masoquismo – envolve uma pessoa concordando em ser vulnerável a outra, com limites definidos para que não sejam ultrapassados. Cada pessoa envolvida pode parar a prática a qualquer momento – como Stacy May Fowles escreveu, “Pela sua própria natureza, o BDSM é sobre consentimento contínuo”.

Algumas pessoas podem gostar de apanhar ou de ter as mãos ou os pés amarrados. É possível experimentar atividades que envolvam dor física até que a encenação chegue ao fim ou uma das pessoas envolvidas dê um sinal, use uma palavra ou frase “de segurança”, previamente combinada, para parar.

É importante falar sobre confiança e expectativas antes de entrar em um cenário de práticas de S&M ou B&D. A prática segura e consensual de BDSM pode aumentar o prazer sexual e revelar questões de poder que ficam escondidas na intimidade das pessoas. Estabelecer expectativas de forma clara é indispensável para garantir que uma fantasia em conjunto satisfaça todas as pessoas envolvidas:

O S&M, assim como o sexo “normal”, permite que as pessoas compartilhem uma experiência íntima física e emocional. Mas, além disso, o S&M permite que eu e a pessoa que está comigo compartilhem uma vida fantástica. É um tipo de intimidade profunda, muito especial e única, que eu não trocaria por nada. Acho que, como em tudo num relacionamento amoroso e engajado, deve haver muito respeito e confiança antes que haja qualquer espaço para embarcar em um território desconhecido. Tentamos um pouco de S&M, depois de cerca de dez anos de casamento, para ver como seria, e foi uma experiência muito valiosa. Conseguimos ter uma ideia de quais eram as nossas zonas de conforto. Não acho que seríamos capazes de explorar S&M sem ter total confiança e respeito mútuo.

Uma mulher trans de 25 anos de idade com deficiência descreve o apoio que tem encontrado:

Eu achei a comunidade BDSM muito acolhedora, amorosa e muito mais receptiva a pessoas como eu do que a comunidade externa em geral. Sei que outras pessoas tiveram experiências diferentes, mas, para mim, a experiência lá foi, sobretudo, muito positiva e empoderadora: me deu autonomia, um maior senso de identidade, além da capacidade de me conectar com muitas pessoas amáveis.

Reflexões sobre BDSM

Kali, que se identifica como branca, gorda e pessoa com deficiência (ela tem uma doença genética chamada síndrome de Ehlers-Danlos, que causa lesões nas articulações e dor crônica), compartilha suas experiências com o BDSM:

O BDSM tem sido um esforço, às vezes, desconfortável e, às vezes, extasiante em minha vida.

Minha reação inicial foi de repulsa. Eu não conseguia entender como ser amarrada ou levar um tapa poderia ser sexy. Como uma mulher bissexual ferozmente independente, forte (e, para ser sincera, um tanto irritadiça), eu não conseguia entender o fato de alguém querer ser submissa. Mas isso acabou mudando.

Quando eu tinha 19 anos, meu ex-noivo e eu estávamos tendo uma briga de cócegas. Ele, sendo maior e mais forte, finalmente venceu ao prender meus pulsos e montar na minha cintura. Nessa posição, ele me beijou e, de repente, eu estava em chamas. Chocante e apaixonadamente excitada. Isso realmente abriu meus olhos.

Mais tarde, descobri que, embora eu não goste muito de dor em geral (tendo vivido com muita dor por causa da minha deficiência), gosto de ser fisicamente dominada, ordenada, vendada, amarrada, levemente chicoteada e de levar uns tapas. Acho que me encaixo num estereótipo nesse caso: sou uma pessoa bem forte fora do quarto, com superação etc., mas, no quarto, às vezes, gosto de não estar no controle.

É difícil para mim, no entanto, como sobrevivente de abuso sexual. Forçar limites parece ser bastante comum no BDSM, e forçar meus limites é algo que deve ser feito com muito cuidado. Alguém levou isso longe demais, causou muita dor, me empurrou para além da minha zona de conforto e acabou me deixando emocionalmente ferida. Também já aconteceu de uma pessoa ir gentilmente até o meu limite, me fazendo perceber que eu desejava ir um pouco mais longe do que pensei que gostaria de ir.

Tenho que confiar que a pessoa com quem estou “brincando” obedecerá aos limites que negociamos. Tenho que confiar que, se eu usar uma palavra de segurança, tudo vai parar. Tenho que saber, profunda e instintivamente, que a pessoa não quer me machucar.

Em geral, a vulnerabilidade e a abertura do BDSM têm sido ardentemente prazerosas para mim. Isso toca em pontos que meu eu adolescente não poderia admitir que existiam.

SENTINDO MAIS PRAZER

LUBRIFICAÇÃO

A lubrificação vaginal, geralmente, ocorre de forma natural durante a excitação sexual. A quantidade de lubrificação que as mulheres produzem varia, assim como a quantidade de lubrificação necessária para uma atividade sexual prazerosa. A redução da lubrificação é muito comum e pode estar associada a mudanças hormonais no corpo da mulher – como na amamentação, na perimenopausa e na pós-menopausa, por exemplo –, ou ser causada por medicamentos como anti-histamínicos, formas hormonais de controle de natalidade, quimioterapia e medicamentos para TDAH e depressão. Além disso, sua lubrificação pode diminuir se você não estiver hidratada ou totalmente excitada, se estiver preocupada com outras coisas ou simplesmente se o seu corpo ainda não teve o tempo de que precisava para se lubrificar com calma.

Seja fazendo sexo vaginal com outra pessoa ou se masturbando por conta própria, você pode adicionar lubrificação para:

- Diminuir a fricção dolorosa na vagina e/ou no ânus;
- Aumentar a excitação sexual, estimulando o fluxo de sangue para a vulva, o que incentiva seu corpo a criar um pouco de lubrificante natural próprio;
- Lubrificar o clitóris, o que pode aumentar o prazer sexual e ser um caminho mais fácil para o orgasmo;
- Sentir outro gosto durante o sexo oral;
- Deixar a pele vaginal macia e ajudar a manter a elasticidade das paredes vaginais.

Os lubrificantes podem ser comprados on-line ou pessoalmente em supermercados, drogarias e sex shops.

Se você sofre de dor crônica, um lubrificante contendo lidocaína ou benzocaína – agentes anestésicos que ajudam a reduzir a dor vaginal, oral ou anal – pode ser prescrito ou recomendado.

Na hora de escolher um lubrificante, leve em consideração o seu conforto e a sua segurança. O conforto está ligado à quantidade e à durabilidade do lubrificante – o que pode fazer diferença no prazer sexual – e inclui observar se o lubrificante causa algum tipo de irritação nos seus órgãos genitais. A segurança está ligada ao fato de o lubrificante poder ser usado com preservativos de látex, o tipo mais comum de preservativo.

Se você usa esses preservativos para evitar gravidez ou infecções sexualmente transmissíveis, não use nenhum lubrificante à base de óleo, uma vez que esse tipo de lubrificante pode destruir o látex e romper o preservativo.

Lubrificantes à base de água com glicerina

Os lubrificantes mais comumente vendidos são à base de água com glicerina sintética, o que produz um sabor levemente adocicado. A maioria dos lubrificantes com

sabor e com sensação de aquecimento contêm glicerina. Quando os lubrificantes à base de água começam a secar, em vez de apenas adicionar mais lubrificante, é melhor adicionar água ou saliva – a água o torna viscoso novamente.

- Prós: são fáceis de encontrar; têm baixo custo; são seguros para uso com preservativos de látex; não mancham tecidos.
- Contras: secam rapidamente; costumam ser pegajosos ou grudentos; a glicerina sintética pode desencadear infecções por fungos em mulheres com tendência a esse tipo de infecção; produtos que contêm parabenos ou propilenoglicol podem irritar peles sensíveis.

Lubrificantes à base de água sem glicerina

Se você tem infecções por fungos recorrentes, esses são os lubrificantes indicados. Eles podem conter glicerina derivada de vegetais, que não desencadeia infecções fúngicas como os outros lubrificantes listados.

- Prós: duram mais do que os lubrificantes com glicerina; podem reduzir a irritação nos órgãos genitais; são seguros para uso com preservativos de látex; não mancham tecidos; geralmente são mais grossos e proporcionam amortecimento; alguns são mais indicados para práticas anais (como Maximus).
- Contras: podem ter um sabor amargo devido à ausência de glicerina; são geralmente encontrados apenas on-line ou em lojas para adultos; aqueles que contêm parabenos ou propilenoglicol podem irritar a pele.

Lubrificantes de silicone

Duram mais tempo e são especialmente recomendados para mulheres com secura vaginal crônica ou dor genital. O silicone lubrificante é diferente do silicone usado em implantes mamários e não é considerado perigoso, já que não é capaz de penetrar os poros da pele. A maioria dos lubrificantes de silicone são hipoalergênicos.

- Prós: são seguros para uso com preservativos de látex; não saem debaixo d'água; não têm cheiro ou sabor; duram três vezes mais que os lubrificantes à base de água.
- Contras: são caros; não podem ser usados com brinquedos sexuais de silicone ou CyberSkin (material que imita a textura da pele humana); são difíceis de encontrar (somente em lojas on-line ou para adultos); devem ser lavados com água e sabão em caso de uso excessivo.

Lubrificantes à base de óleo

Os lubrificantes à base de óleo podem destruir preservativos de látex, mas são seguros para uso com preservativos feitos de nitrila, poli-isopreno ou poliuretano.

Lubrificantes à base de óleo vegetal natural

Esses lubrificantes geralmente podem ser encontrados em sua cozinha. A regra geral é: se é seguro comer, é seguro colocar na vulva e dentro da vagina. O corpo pode limpar os óleos naturais com mais facilidade do que os lubrificantes à base de petróleo. Certos óleos, como os de semente de uva e damasco, tendem a ser finos e, portanto, melhores para a relação sexual vaginal do que outros.

Tipos/produtos: óleos vegetais, de milho, abacate, amendoim e azeite; manteiga; gordura vegetal.

- Prós: são ótimos para massagens genitais; seguros para a vagina, para comer; bons para todas as formas de prática sexual; de baixo custo e fácil acesso.
- Contras: destroem preservativos de látex e mancham tecidos.

Outros lubrificantes à base de óleo

Demoram mais para sair do corpo do que os óleos naturais.

Tipos/produtos: óleo mineral, vaselina, loções corporais e cremes hidratantes.

- Prós: servem para masturbação externa; são de baixo custo e fácil acesso.
- Contras: irritam a vulva; destroem preservativos de látex e mancham tecidos. Prefira algo natural, como os óleos vegetais.

BRINQUEDOS SEXUAIS

Os brinquedos e acessórios sexuais podem apimentar os encontros sexuais e tornar o sexo mais divertido. Você pode experimentar tintas corporais comestíveis ou preservativos com sabor, um vibrador elétrico em forma de ovo, um dildo duplo, uma cinta peniana ou um estimulador vaginal/anal.

Os brinquedos sexuais podem ser comprados em lojas físicas ou on-line, que têm crescido, especialmente em páginas de Instagram lideradas por mulheres.

Quando eu tinha uns 20 anos, comprei alguns vibradores e experimentei um pouco (isso enquanto eu tentava aprender como chegar ao orgasmo), mas eles não fizeram muito por mim. Qualquer coisa maior do que um vibrador bullet eu achava muito desconfortável para inserir e usar sozinha. Mas as transas mais longas que passamos a ter me ajudaram a relaxar e brincar com esses brinquedos de novas maneiras. [Nós] gostamos de usar cintas penianas, lubrificantes e grampos para mamilo. Então, estar em um relacionamento realmente melhorou dramaticamente minha opinião sobre brinquedos sexuais e me fez valorizar mais a variedade de acessórios que existem por aí.

Explorei brinquedos sexuais no verão em que fiquei viúva. Eu estava muito sozinha, chorando diariamente e precisava me confortar. Fui a uma sex shop feminista e independente que fica perto de onde moro e, com a ajuda da vendedora, comprei meu primeiro vibrador. Quando ele parou de funcionar, fiz uma extensa pesquisa on-line e acabei comprando alguns brinquedos pelo correio por meio dos sites Good Vibrations e Betty Dodson. Eu queria falar com outras mulheres sobre vibradores, mas não consegui encontrar nenhuma amiga disposta a falar disso. De todos os modos, achei muito divertido usá-los sozinha.

PORNOGRAFIA

Algumas feministas têm procurado fazer uma distinção útil entre erotismo e pornografia. O erotismo é visto como um material sexualmente explícito que não rebaixa ou explora as mulheres, enquanto a pornografia é entendida como um material que sexualiza a dor ou o sofrimento das mulheres. Há uma grande variedade de sentimentos sobre o que constitui o erotismo e a pornografia, e se discute se alguns materiais sexualmente explícitos podem ser prejudiciais para as mulheres. Podemos tentar distinguir pornografia pesada (mais explícita/violenta) e pornografia leve (menos explícita/mais consensual), mas algumas mulheres sentem que mesmo a pornografia leve geralmente promove fantasias masculinas sobre sexo, o que limita a imaginação.

No entanto, vale ressaltar que nosso maior órgão sexual é o cérebro e que ver duas pessoas transando pode ser muito excitante. O uso que vamos fazer desses materiais, a busca por fontes seguras e a consciência de que vídeos de sexo não necessariamente correspondem à realidade são elementos muito importantes para que desfrutemos da pornografia se assim desejarmos e sem que nos sintamos infantilizadas ou controladas em relação ao que podemos, ou não, fazer e assistir.

Tenho uma relação extremamente complicada com o pornô. É algo que comecei a assistir desde cedo e me sinto confortável em dizer às pessoas que assisto. Porém, quando ouço histórias como a de uma jovem em Oakland que sofreu um estupro coletivo depois de um baile, começo a me perguntar se a pornografia está fazendo com que os mais jovens tenham uma visão irreal do que é, ou não, aceitável. Sendo fácil ver uma mulher fazendo sexo com vários homens ao mesmo tempo, eles podem começar a acreditar que essa é a fantasia de toda mulher, quando não é. Quando assisto a um pornô, sei que aquilo não é sexo real e me sinto confortável com isso. Mas não tenho certeza de que todas as pessoas sejam capazes de fazer essa distinção. Por um tempo, eu não conseguia mais assistir a nenhum tipo de pornografia, porque ficava pensando na mensagem que aquilo estava passando. No entanto, sou totalmente a favor da liberdade de expressão e fico excitado com imagens eróticas. Estou tentando descobrir onde traçar a linha entre meus ideais feministas e minhas inclinações sexuais.

Cheguei a uma definição muito mais abrangente de erotismo/pornografia e percebi como é valioso ter estímulo textual e visual como uma forma de explorar o que te excita. Minha namorada e eu, antes de nos envolvermos sexualmente, trocamos fanfics sexualmente explícitas (produzidas por nós mesmas e por outras pessoas) e continuamos desfrutando de literatura erótica no nosso relacionamento.

Deixo para ver pornografia nos momentos em que quero me entregar à autoestimulação. Só tento evitar as partes do pornô que me enojam – como cuspir de maneira excessiva na genitália e closes de ejaculação masculina. Também me deixa revoltada o fato de que raramente as mulheres são mostradas tendo orgasmos reais. Então, aprecio os que retratam isso, pois sei que acontece na vida real. Quando encontro um de que gosto, assisto sem prestar atenção em mais nada além das cenas. Se consigo imaginar como seria dar ou receber ou se me lembro de uma ocasião em que fiz algo semelhante em minha experiência pessoal, fico excitada.

Em um nível pessoal, o que algumas mulheres consideram excitante, outras podem considerar desagradável ou degradante. Assim como acontece com as fantasias, o que você vê no erotismo ou na pornografia pode te ajudar a explorar e desfrutar de um aspecto de seu desejo sexual sem ter que realmente praticá-lo.

Na indústria da pornografia para mulheres, que tem crescido, Erika Lust é uma das diretoras mais conhecidas atualmente.

Vale lembrar que existem outras formas de se estimular, como através de livros eróticos e da própria imaginação.

NOTAS

1. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*, Ministério da Saúde, 2013.
2. William Masters e Virginia Johnson. *Human sexual response*. Lippincott Williams & Wilkins; 1966.
3. Helen Singer Kaplan, “Hypoactive sexual desire”. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 3, n. 1, p. 3-9, 1977.
4. Shere Hite. *The Hite report: a nationwide study of female sexuality*, Macmillan, 1976.
5. Simone Diniz. *Fique amiga dela: dicas para entender a linguagem de suas partes mimosas*. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003.
6. E. A. Jannini et al., “Who’s Afraid of the G-spot?”. *Journal of Sexual Medicine*, janeiro de 2010, p. 25-34; and D. Rabinerson and E. Horowitz, “G-spot and Female Ejaculation: Fiction or Reality?”. *Harefuah*, v. 146, n. 2, p. 145-47, 2007.
7. Jaclyn Friedman e Jessica Valenti. *Yes Means Yes: Visions of Female Sexual Power and A World Without Rape*. Seal Press, 2008.
8. Stacey May Fowles, “The Fantasy of Acceptable Non-Consent”. In: Jaclyn Friedman e Jessica Valenti. *Yes Means Yes: Visions of Female Sexual Power and A World Without Rape*. Seal Press, 2008.

DIFICULDADES NO SEXO

PARA MUITAS mulheres, o prazer sexual pode estar comprometido devido a complicações físicas ou emocionais. Pode ser ainda mais difícil lidar com essas complicações quando não se identifica nenhuma causa aparente ou quando profissionais de saúde não oferecem sugestões para contornar a situação.

No Brasil, embora as questões sobre sexo e sexualidade estejam sendo muito mais debatidas atualmente, ainda há muito tabu envolvendo o prazer das mulheres, que continuam sendo responsabilizadas por “prover” o prazer dos homens à custa de perder seus companheiros – nesse sentido, encontramos famosas frases de senso comum, como “procurou na rua o que não achou em casa”, “deixou a desejar e abriu para a concorrência” e tantas outras que fazem referência à falta de sexo ou ao sexo dito “mal executado” pela parceira. Todas essas questões interferem na intimidade sexual dos casais, uma vez que o prazer sexual das mulheres é influenciado por questões multifatoriais.

Este capítulo cobre uma vasta gama de questões, incluindo alterações no desejo sexual, problemas com tesão e causas de dor no sexo – que podem tornar a penetração e outras formas de sexo insertivo difíceis, se não impossíveis –, além dos obstáculos sexuais muitas vezes encontrados por mulheres com doenças crônicas ou deficiências. O capítulo também aborda a influência de medicamentos e hormônios nas respostas físicas ao sexo e ao prazer sexual.

As histórias de muitas mulheres evidenciam o que funciona e o que não tem funcionado para aquelas de nós que desejam que o sexo seja algo de que possamos desfrutar de forma plena e sem hesitação.

Sexo gostoso

Não precisamos de pirotecnia, *lingerie* cara, géis, velas, romance. Nem mesmo “tentar desbravar o longo, incógnito e tortuoso caminho para chegar ao orgasmo” – como se dizia nos anos 1960, quando a mulher começava a entender o erotismo e descobrir que podia experimentar o universo do prazer, regalia até ali exclusivamente masculina. Retomando o princípio de tudo, sexo é vital, simples e saudável. O prazer brota quando o instinto feminino fala com o instinto da outra pessoa. Aí, a conversa entre os corpos fica divertida, não

requer tradutor. Uma fareja o desejo da outra, como a fome à procura de satisfação. “Não precisa ser o sexo das estrelas”, afirma Glaury Coelho, sexóloga, psicoterapeuta de casal e fundadora da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana. “A relação tem que ser gostosa. A gente é que complica muito”. O que não deve faltar, lembra, é a camisinha! Em histórias que casadas e solteiras relatam, fica claro que foi necessário muito pouco para que elas vivessem grandes encontros.¹

VARIAÇÕES NO DESEJO

Se você pegar qualquer revista ou pesquisa sexual, provavelmente vai se deparar com o tanto de desejo sexual que se espera que você tenha. É fundamental lembrar que não há uma quantidade certa. Há grandes chances de que seu desejo sexual varie: às vezes, você quer sexo com frequência e não consegue pensar em outra coisa; outras vezes, não está tão interessada. Talvez você tenha ficado sossegada sexualmente durante décadas e agora tem um forte apetite sexual que te faz querer se masturbar, encontrar uma parceria ou transar o tempo todo. Talvez, há dez anos, você sentisse vontade de fazer sexo todas as noites, mas agora isso já requer certo esforço, mesmo que você fique satisfeita quando o faz.

Desejo se estimula

O desejo sexual é altamente estimulável. O relacionamento nunca se limita apenas ao sexo e, em razão disso, é preciso manter o diálogo aberto. Afinal, isso ajuda todo relacionamento e, conseqüentemente, as relações sexuais. Não há um padrão, mas, na maioria das vezes, o “bom” sexo é resultado de como está a relação atual do casal. Além disso, vários fatores, psicológicos e orgânicos, são motivadores do desejo sexual. “Os hormônios femininos, como o estrogênio, e os masculinos, como a testosterona, têm um papel preponderante para que isso ocorra”, afirma a psiquiatra Carmita Abdo, coordenadora do Projeto Sexualidade do Hospital das Clínicas de São Paulo.²

Para muitas de nós, essa oscilação é verdadeira. Nosso nível de desejo – tanto em termos de apetite sexual como de tesão – pode mudar ao longo dos anos, de semana para semana, ou ainda de pessoa para pessoa ou de relação para relação. Para algumas de nós, a falta de desejo sexual e a incapacidade de se excitar ou atingir o orgasmo são problemas duradouros que parecem não ter solução, trazendo-nos angústia. Uma boa investigação médica em relação às causas e aos possíveis tratamentos para esses problemas é crucial.

Quero um tratamento seguro e confiável que seja acessível caso eu precise. A adrenalina do desejo sexual é gostosa demais para abrímos mão dela.

O quão sexual eu me sinto em qualquer momento depende, em um grau surpreendentemente alto, da quantidade de sono que estou tendo, de como minha parceira e eu estamos envolvidas, se estou me sentindo deprimida, do nível de antidepressivos que estou tomando e de vários outros fatores ainda menos tangíveis. Nos dias ou meses em que o meu desejo parece ter se apagado, tudo o que consigo tolerar são pequenos selinhos, e me sinto quase sufocada se ela chega com seu beijo molhado, intenso e pegajoso.

Evito relacionamentos por medo de transar

Cláudia descobriu que tinha vaginismo aos 21 anos. Depois de comentar as dores que sentia durante a relação com uma colega – que sofria do mesmo problema –, decidiu marcar uma consulta ginecológica, na qual recebeu o diagnóstico.

“Me senti frustrada, achei que tinha porque coloquei na minha cabeça que tinha e que nas próximas vezes só relaxaria, mas mesmo assim as dores continuaram. Eu achava que eu que tinha colocado esse medo na minha cabeça”, relata.

Depois que descobriu que tinha vaginismo, Cláudia se fechou completamente, não apenas para as relações sexuais, mas também para as afetivas, por medo de ser julgada. “Comecei a ter vergonha depois de tentar conversar com um amigo meu e ele achar que era uma infecção sexualmente transmissível. Aí fico pensando que vou assustar a pessoa se falar. Nem com psicólogos eu conseguia comentar, eles achavam que era só relaxar”, acrescenta. Cláudia só teve dois relacionamentos depois do diagnóstico. Contudo, diz que continuou sentindo dores fortes durante a relação, a ponto de chorar e ter que parar. “Nas vezes que transei, não fiz nada, tentei aguentar a dor pra ver se melhorava, até não aguentar mais e parar. Já terminei o namoro com alguém que amava pois tinha medo de transar, doer e acontecer algo, como ele não entender”, desabafa.

O medo de transar era tanto que Cláudia decidiu terminar o namoro, mesmo gostando do namorado, há três anos. Depois disso, ela nunca mais se relacionou. “Eu terminei sem falar nada, só disse que não queria mais, tinha vergonha de contar. Tentei puxar assunto ano passado, mas travei na hora de explicar”, diz.

Cláudia diz que procurou tratamento psicológico, mas nada adiantava. Até que, há mais ou menos quatro semanas, encontrou uma ginecologista que entendia o problema e está tentando ajudá-la. “Passei numa ginecologista que

me entendeu, me mandou procurar um psicólogo especialista em sexologia e me passou guia para fisioterapia pélvica; comecei há uma semana, então ainda não sei dizer se ajuda, mas espero que sim”.³

UMA NOVA VISÃO

Algumas feministas têm questionado a medicalização do desejo sexual, entendendo-a como parte de um movimento que trata de legitimar a busca por um Viagra feminino muito lucrativo. A pesquisadora feminista Leonore Tiefer e outras autoras de *A New View of Women's Sexual Problems* (Uma Nova Visão dos Problemas Sexuais das Mulheres) – newviewcampaign.org – fazem uma crítica importante: embora afirmem que certos medicamentos e suplementos hormonais podem ajudar com alguns problemas sexuais causados por condições fisiológicas específicas, também identificam uma série de possíveis causas políticas e socioeconômicas – além das vinculadas ao relacionamento – ligadas à preocupação sexual das mulheres.

Além disso, a busca pelo prazer deve ser necessariamente uma escolha das mulheres para elas e por elas, e nunca uma imposição social para agradar a pessoa com quem quer que elas estejam se relacionando. Nesse sentido, o próprio prazer das mulheres, historicamente negado e, em muitos países, fisicamente mutilado e proibido, torna-se um ato político de liberdade e igualdade e, portanto, parte importante da pauta feminista.

Feminismo e corpo

“Marcha das Vadias”. “Chega de fiu-fiu”. “Meu primeiro assédio”. “Fora Cunha”. Estamos vendo no meio jovem uma “nova onda” do feminismo segundo algumas vozes. Trabalhando na universidade com estudos de gênero, posso afirmar que há grupos e redes feministas cada vez mais visíveis na universidade, na mídia e nas ruas. Utilizando-se de meios tradicionais e de novas ferramentas de comunicação como a internet, as imagens e algumas pautas do movimento feminista tomam certo espaço até na mídia comercial.

Que feminismo? São diversas correntes não homogêneas que, em linhas gerais, defendem os direitos das mulheres, clamando por igualdade nas mais diversas esferas da vida. Os grupos feministas têm muitas divergências, alguns são mais de esquerda e anticapitalistas do que outros, alguns são mais inclusivos em termos da presença de mulheres lésbicas, negras e trans, e alguns são vistos como mais identitários, como grupos de mulheres negras. No entanto, há pautas genéricas comuns que os unificam e me permitem falar em uma presença maior do feminismo na arena pública nacional nos últimos anos.

Isso não é exatamente inédito no Brasil. Na segunda metade da década de 1970, e inclusive apoiado por campanhas internacionais – como o “Ano Internacional da Mulher”, em 1975, promovido pela ONU –, o feminismo floresceu no país. A maior parte dos grupos feministas era formada por pessoas de classe média escolarizada e com ideias e práticas feministas trazidas pelas mulheres que haviam retornado do exílio. No final dos anos 1970 e na década seguinte, o feminismo foi aliado da luta pelo fim do regime militar, articulando-se com a demanda pela anistia e com o restabelecimento dos direitos humanos e democráticos. Um dos parceiros nessa luta foi a ala à esquerda da Igreja Católica, que incorporava a pauta dos direitos humanos.

Esse movimento destacou o combate à violência diante dos assassinatos de mulheres cujos agressores eram defendidos sob a ideia de “legítima defesa da honra” (sic). O caso de Ângela Diniz e Doca Street foi representativo: o comportamento moral da vítima foi posto em xeque no judiciário para justificar seu assassinato. Para se ter ideia de como a temática adentrou a vida pública, para além de grupos restritos, a Rede Globo produziu algumas séries – como “Malu Mulher” – e minisséries – como “Quem Ama Não Mata” – colocando em destaque o tema da violência. O *slogan* feminista “o pessoal é político” trazia a percepção de que a desigualdade estava dentro de casa, na família, e poderia expressar-se pela via da violência – era preciso superar o ditado “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”. Os homicídios e a violência doméstica mais banal se tornaram uma das pautas centrais que, nos anos 1980, levaram a políticas como a criação das pioneiras Delegacias de Defesa da Mulher, iniciada no estado de São Paulo. A violência doméstica precisou ser encarada como um problema político e público e, para isso, foi preciso superar um senso comum que considerava as brigas como algo “normal” em um casal.

Nos últimos 15 anos, cada vez mais atentas ao fato de que somos mulheres em condições diversas, ainda tem sido necessário problematizar e criar formas de combater a violência contra mulheres (no plural). Violência doméstica e assassinatos ganharam, inclusive, leis específicas (Maria da Penha e a do Femicídio), mas é preciso, além disso, mudar as mentalidades e os comportamentos naturalizados. A nova onda do feminismo jovem retoma algumas dessas pautas e traz novos *slogans*. O foco, agora, tem se voltado para o corpo e aponta desigualdades consideradas corriqueiras, como a demanda por liberdade de andar nas ruas. Com campanhas muitas vezes iniciadas e impulsionadas na internet e em novos meios de comunicação, os grupos jovens afirmam que “chega de fiu-fiu” e falam em assédio, em vez de naturalizar o comportamento masculino como se fosse apenas uma cantada.

Cada vez mais se problematiza a violência sexual de modo específico, como se pode notar nas denúncias sobre estupros entre colegas nas universidades ou em relatos de assédio e abusos de crianças e adolescentes na campanha “meu primeiro assédio”.

Os dados de violência sexual reiteram a centralidade do tema: uma pesquisa do IPEA estima que no mínimo 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil e que, desses casos, apenas 10% chegam ao conhecimento da polícia. Em geral, 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima. Dentre as vítimas atendidas no SUS, 88,5% são do sexo feminino.

Nesse sentido, por exemplo, a Marcha das Vadias – com *slogan* e apelo ao uso do termo “vadia”, advindo da *slut walk* canadense – demandava liberdade para que as mulheres pudessem andar nas ruas vestindo o que quisessem, sem que corressem o risco de ataques ou abordagens; reivindicava, ao mesmo tempo, o direito a uma vida sexual ativa e prazerosa, fosse ela heterossexual, lésbica ou bissexual. Retomou-se, assim, com outros motes e pautas, a busca pelo direito ao prazer e à autonomia do corpo.

É em torno do corpo, inclusive, que se retoma uma pauta que ficou secundarizada nos anos 1970, a demanda pela legalização do aborto. No Brasil, não se consegue argumentar a favor do aborto em torno da ideia do direito feminino ao próprio corpo. A tragédia de saúde pública que o aborto inseguro representa tem sido um argumento mais palatável para que a questão tenha visibilidade na imprensa. Defender a legalização do aborto, hoje, significa preocupar-se em preservar a vida de mulheres de camadas populares, já que o aborto é seguro e acessível para aquelas de camadas média e alta. Ainda assim, entre blogs e mídias alternativas feministas, tal defesa tem sido veiculada como direito à escolha, assim como à urgente reflexão de que a maternidade não deve ser obrigatória (na mídia comercial, a maternidade continua sendo promovida e idealizada).

Há outros itens da pauta feminista que permanecem no debate público, como desigualdades salariais, falta de representação política formal das mulheres na política, divisão do trabalho doméstico e de cuidado, saúde reprodutiva e sexual, entre outras. No entanto, a questão da violência e do corpo é a retomada de modo mais forte nos movimentos jovens. Mais uma vez, é preciso desnaturalizar o que era naturalizado, como o desejo e o impulso sexual masculinos. Agora as mulheres afirmam que querem poder andar nas ruas como lhes apeteça: não é a minissaia, e, sim, o agressor que é responsável pelo estupro.

Falta muito para alcançarmos igualdade: a rua ainda é perigosa para as mulheres. O feminismo é, portanto, urgente, necessário e vem trazendo linguagens

e *slogans* novos para pautas que ainda permanecem, retomando temas ainda pouco debatidos no país.

Heloisa Buarque de Almeida é professora da Universidade de São Paulo⁴

DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA E A BUSCA POR UM VIAGRA FEMININO

Uma série de empresas farmacêuticas (e pesquisadoras e pesquisadores associados a essas empresas) têm se empenhado, nas últimas duas décadas, em desenvolver medicamentos que aumentem o desejo sexual das mulheres. Você já deve ter ouvido falar disso – geralmente, referem-se ao tema como “a busca por um Viagra feminino”.

Essas pesquisas são cruciais para pessoas cujo desejo sexual minguado resulta de um problema fisiológico que pode ser resolvido com uma abordagem médica. No entanto, temos que estar cientes de que, uma vez encontrado um produto, as empresas farmacêuticas, com um esforço para aumentar os lucros, tentarão expandir o mercado de medicamentos que aumentam o desejo sexual, incentivando mais mulheres a questionar se o seu nível de desejo é normal.

Um aspecto particularmente problemático desse esforço é uma nova prática para definir toda falta de desejo sexual nas mulheres como disfunção sexual feminina (DSF), um transtorno médico que merece tratamento. Se seus níveis de desejo não coincidem com alguma norma cultural (se você não faz sexo duas vezes por semana, por exemplo), você pode ser encorajada a pensar que tem uma disfunção sexual clinicamente significativa.

É fundamental lembrar que não existe uma quantidade certa de desejo sexual, apenas o que é certo para você. O que importa é a sua satisfação com o desejo que sente, e não se o seu desejo está além ou aquém comparado aos padrões de outras pessoas. Seu nível de desejo só deve ser considerado um problema se te causar sofrimento; se você não está descontente com ele, não acredite se alguém disser que é disfuncional.

Evidentemente, existem situações que são de ordem medicamentosa e precisam ter essa atenção considerada e valorizada em sua necessidade. A preocupação apenas é com a criação de um “mercado de doenças sexuais” que milagrosamente são resolvidas com uma pílula quando se sabe que, em diversas circunstâncias, em especial quando se trata da saúde das mulheres, é preciso considerar os diversos aspectos socioeconômicos e culturais que afetam as pessoas para estabelecer o tratamento mais adequado e efetivo.

Sexualidade é vida

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade é considerada um aspecto central da vida humana e vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações.

Para os apaixonados, o desejo sexual é um botão mágico que só o amor é capaz de ligar, mas, para os cientistas, esse desejo não tem tanto romantismo. Trata-se de um processo bioquímico que desequilibra rapidamente todo o corpo e que é descrito por vários sinais.

Conforme Sandra Leiblum, pesquisadora e sexóloga estadunidense, o desejo sexual é um estado de sentimento subjetivo e motivador ativado por sugestões internas e externas que pode, ou não, resultar em um comportamento sexual efetivo. O ciclo de resposta sexual é influenciado negativamente por fatores psicológicos, como ansiedade, baixa autoestima, transtornos da percepção da imagem corporal, medo de rejeição, ansiedade do desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas passadas, entre outros. Além disso, fatores como desequilíbrio hormonal, condições médicas específicas e problemas musculares podem comprometer o ciclo.

Para aquelas de nós que estamos descontentes com o que sentimos, o primeiro passo é observar outros fatores que podem estar afetando nosso desejo, como problemas no relacionamento ou depressão. Ansiedade e privação de sono também podem diminuir o desejo sexual, assim como trabalhar demais ou estar focada em outro tipo de preocupação. Você pode acabar achando que tem algo de errado com o seu desejo sexual porque nem consegue pensar em sexo no momento, mas seu corpo pode apenas estar tentando superar o nível extra de estresse que lhe foi imposto. Leve o tempo que precisar para lidar com o estresse pelo qual estiver passando antes de concluir que há algo inerentemente errado.

Se o problema persistir, mesmo tratando dessas prováveis causas subjacentes, a DSF pode ser um diagnóstico válido para aquelas que ainda se perguntam o que há de errado. Tratamentos acessíveis, confiáveis e eficazes são fundamentais. Comunidades virtuais e blogs que discutem a DSF estão se tornando mais comuns à medida que as mulheres buscam equilíbrio entre o desenvolvimento de medicamentos necessários e uma medicalização exagerada da sua sexualidade.

Por isso, é urgente promover uma mudança cultural relativa ao modo como pensamos o desejo sexual. Modelos mais recentes apontam para um quadro não linear de resposta sexual que incorpora intimidade emocional, estímulos sexuais e satisfação no relacionamento.

Empresas farmacêuticas estão em processo de desenvolvimento de outros tipos de fármacos com potencial de aliviar os problemas das mulheres relacionados ao desejo e ao desempenho sexuais. Por um tempo, foram testados alguns medicamentos originalmente criados para homens, mas seus resultados deixaram a desejar. Exemplos de medicamentos atualmente vendidos para homens para tratar problemas de disfunção erétil incluem alguns já conhecidos no Brasil, como os remedinhos da “pílula azul”, que basicamente funcionam aumentando a circulação sanguínea na região peniana.

Os produtos para mulheres que foram testados em estudos duplo-cegos, controlados com placebo, incluem produtos sem prescrição médica; alguns contêm óleos vegetais, outros, suplemento dietético. Há até mesmo uma variedade de aparelhos vibratórios de todos os formatos e intensidades que oferecem, em suas propagandas, “orgasmos garantidos” – todos foram desenvolvidos para aumentar o fluxo sanguíneo da região genital. Algumas pessoas tiveram bons resultados com suplementos hormonais, como a testosterona, enquanto outras não sentiram nenhuma melhoria ou apresentaram até mesmo efeitos colaterais prejudiciais. As pesquisas continuam avançando nessa área, e é preciso investigar os dados disponíveis mais recentemente.



Figura 1 – Variedade de vibradores.⁵

Recomendados para o seu prazer audiovisual

No documentário “Orgasm Inc.”, a cineasta Liz Canner leva os espectadores aos bastidores da corrida para criar a primeira droga aprovada pela Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (FDA) que auxilia no tratamento de mulheres com disfunção sexual feminina.

O filme tem uma abordagem sóbria, mas humorística, acerca das empresas farmacêuticas e campanhas de *marketing* que estão moldando atitudes em relação a saúde, doença, desejo e orgasmo. Leia mais em orgasminc.com.

No Brasil, alguns filmes e séries interessantes foram lançados recentemente discutindo a temática:

Sense8 (2015) – série com duas temporadas disponíveis na Netflix. Aborda uma espécie de “empatia sobrenatural” de ficção científica em um grupo de pessoas e, entre outros elementos, questões sobre sexualidade, sexo e prazer.

Sex Education (2019) – série com três temporadas disponíveis na Netflix. Aborda a temática da sexualidade e dúvidas sobre o sexo entre adolescentes em uma escola.

De Pernas para o Ar (2010); *De Pernas para o Ar 2* (2012); *De Pernas para o Ar 3* (2019) – filmes de comédia nacionais muito aclamados pela crítica e pelo público. Centram-se na história de uma mulher que, largada pelo marido, decide, quase por acaso, abrir uma loja de produtos eróticos, fazendo enorme sucesso com a venda dos *sex toys*.

TESTOSTERONA: MODOS DE USAR E PREOCUPAÇÕES

Se você mencionar a uma pessoa profissional de saúde que está sentindo falta de desejo sexual, problemas com tesão ou dificuldade em alcançar orgasmos, pode ser que ela te sugira um tratamento com testosterona. No entanto, suplementos de testosterona disponíveis comercialmente foram desenvolvidos para homens e, por isso, para mulheres, a questão é mais complicada.

Apesar da falta de evidências conclusivas quanto a sua eficácia e dos já bem definidos riscos que apresenta à saúde, a testosterona vem sendo cada vez mais prescrita para mulheres no Brasil. A principal motivação para o seu uso costuma ser a busca por efeitos na estética, na estimulação e na libido. Mas, afinal, existe deficiência androgênica na mulher?

A definição de deficiência androgênica na mulher não é simples. Deve-se considerar que:

- Não há dados correlacionando níveis baixos de andrógenos com sinais ou sintomas específicos em mulheres saudáveis. Por exemplo, mulheres com cansaço excessivo, baixa massa muscular ou libido prejudicada podem ter níveis baixos, normais ou altos de testosterona.
- Mesmo quando há uma causa que possa justificar deficiência androgênica, como perda de produção de androgênio adrenal e/ou ovariano, ainda não há definição de uma síndrome clínica específica nem evidências de que a reposição androgênica melhore essa condição.

- Os níveis androgênicos caem com a idade, mas tal mudança não é necessariamente anormal nem requer correção.
- Os métodos atualmente disponíveis para dosagem de testosterona foram desenvolvidos para homens, que têm níveis de três a dez vezes mais altos que os encontrados em mulheres. Os testes amplamente disponíveis na prática clínica diária não têm acurácia para a dosagem de valores mais baixos, normalmente encontrados em mulheres. A indicação da dosagem de testosterona em mulheres deveria ser restrita à suspeita de excesso hormonal.
- Inúmeros fatores interferentes, incluindo o uso de anticoncepcionais, devem ser considerados ao se analisar os níveis séricos da testosterona.
- Uma definição de quais níveis androgênicos poderiam ser considerados abaixo do limite inferior do normal para diferentes faixas etárias na mulher ainda não foi estabelecida.
- Grande parte da ação da testosterona é resultado do metabolismo intracelular; portanto, as concentrações séricas sozinhas não refletem adequadamente o índice de exposição tecidual.
- A sensibilidade ao nível do receptor androgênico também determina uma resposta individual a um determinado nível de testosterona. Na prática clínica, portanto, concentrações de testosterona no soro são, em parte, arbitrárias e devem ser sempre interpretadas de acordo com a apresentação clínica.⁶

Embora profissionais de saúde tenham autorização para prescrever tais medicamentos para as mulheres (uma prática conhecida como “uso *off label*”), precisam “chutar” a dosagem certa quando prescrevem produtos que foram desenvolvidos originalmente para homens e/ou recorrem a uma farmácia de manipulação, que preparará doses mais baixas para as mulheres. Assim, podem prescrever uma dose muito baixa de algum gel de testosterona disponível comercialmente para os homens ou um creme ou gel misturado com testosterona preparado em farmácias de manipulação, além de cápsulas de uso oral de metiltestosterona (não recomendadas, porém, devido aos efeitos negativos nos níveis lipídicos e no fígado).

Medir a satisfação sexual das mulheres é difícil e, por isso, a ciência que sustenta o uso de testosterona nas mulheres é limitado. Algumas mulheres querem experimentá-lo, especialmente depois de explorar terapias alternativas sem sucesso. Certifique-se de que você seja examinada cuidadosamente e de que seus níveis sanguíneos iniciais sejam baixos em testosterona. Além disso, fique atenta a sinais de excesso do hormônio masculino: acne, aumento de pelos corporais e queda de cabelo são indicadores de que esses níveis estão muito altos. Há um número limitado de informações seguras a respeito do uso de testosterona em mulheres – a testosterona se transforma rapida-

mente em estrogênio nas mamas, então há uma preocupação de que a suplementação de testosterona possa levar ao câncer de mama.

Por outro lado, alguns cremes livres de prescrição e que são de venda livre afirmam amplificar o prazer sexual, aumentando o fluxo sanguíneo para a região genital e sendo recomendados por uma série de profissionais. A questão é que esses cremes, em geral, em suas instruções, indicam que sua aplicação seja feita com o dedo na área genital durante 15 minutos, o que pode explicar sua eficácia no aumento da excitação – ou seja, a masturbação é um fator fundamental na excitação das mulheres e no conhecimento do seu prazer.

Aplicativo ensina de masturbação guiada a dicas de saúde da mulher

Share Your Sex, grupo do Facebook que ajuda usuárias da rede social a explorar as zonas de prazer e a tirar dúvidas sobre saúde e questões femininas, reúne condições ideais para uma mulher se sentir segura e confortável para falar de sexo e outros assuntos ligados à sua intimidade. A fórmula fez tanto sucesso que, em junho, ganhou mais uma frente de atuação: o aplicativo SYS. Mariah Prado, fundadora do grupo, resolveu investir em um diferencial para o aplicativo. Agora, todos os gêneros são bem-vindos, mas há um espaço 100% feminino. “Na plataforma SYS, temos a área liberada para todas as orientações sexuais e identidades de gênero. Nessa etapa de acesso, a pessoa precisa ter declarado o gênero feminino ao se cadastrar e feito uma vídeo-*selfie* de três segundos comprovando sua identidade, que será avaliada por nossas moderadoras”, explica sobre o processo para uma usuária entrar na parte restrita às mulheres.

“Atendeu muito bem minhas expectativas, pois concentrou as informações que antes ficavam no site e nos grupos do Facebook. Como hoje acessamos muito mais as coisas pelo celular, foi ótimo ter um aplicativo dedicado a isso”, afirma a engenheira eletricista e usuária do *app* Jéssica Macedo, de 31 anos. Ela também comenta um pouco das dúvidas que tira no aplicativo. “Por diversos temas já busquei o grupo, como indicações de ginecologista, experiências e informações de diferentes métodos contraceptivos, dicas de autocuidado e outras mais picantes”, revela. Para a usuária, um detalhe pode melhorar a navegação. “Acho que poderia ter uma ferramenta de busca, mas as desenvolvedoras já avisaram que isso está entre as próximas funcionalidades que entrarão. Outra coisa legal é que as novas funções do grupo estão partindo de nós, usuárias, e todo mês poderemos votar em qual será o próximo passo”, explica sobre a interação que há com os programadores.⁷

O único fator invariavelmente ligado ao desejo e à satisfação sexual – mais até do que os níveis de testosterona –, segundo alguns estudos, pode te surpreender: exercí-

cio físico. De fato, vale a pena investir em uma rotina de exercícios para aumentar a endorfina, melhorar o humor ou apenas se sentir bem consigo mesma.

Após a prática dos exercícios percebi que o tesão e a vontade de transar aumentaram. Além disso, notei uma grande melhora na minha postura e na minha respiração.

M., 22, biomédica

Embora eu não tenha tido relação sexual com alguém no período em que fiz a ginástica, pude sentir uma grande diferença durante meu momento íntimo. Exercitar o assoalho pélvico trabalhando a respiração contribuiu para melhorar meu prazer. (...) Durante os encontros, aprendi a ter um melhor controle da vagina com relação a segurar o xixi; tinha enorme dificuldade de segurá-lo em situações comuns (tossir, espirrar) e, após os encontros, senti muita diferença.

J., 22, estudante

A ginástica me possibilitou uma melhor consciência corporal, o que teve influência também no sexo, permitindo um maior aproveitamento em função da propriocepção.

P., 24, estudante⁸

Algumas mulheres experienciam não só a falta de libido, mas também uma aversão a qualquer interação sexual, o que pode surgir como consequência de profundos conflitos envolvendo o sexo, muitas vezes enraizados em feridas do passado. Isso pode se manifestar como uma extrema e incômoda sensibilidade ao toque ou, então, com uma sensação de vulnerabilidade tão grande que você não consegue relaxar. O corpo reage assim por um motivo: pode estar nos protegendo de experiências sexuais com as quais não conseguimos lidar no momento.

RELAÇÃO SEXUAL OU PENETRAÇÃO DOLOROSA

A penetração vaginal que desejamos – se a desejamos – normalmente não dói, principalmente se você e sua parceria tomarem cuidado para que você esteja recebendo estimulação sexual suficiente para ficar totalmente excitada. No entanto, há

momentos em que, mesmo com muita excitação e lubrificação adicional, você pode sentir desconforto ou dor. Se a penetração é dolorosa de alguma forma, você deve a si mesma descobrir o que está causando isso e fazer algo a respeito. Ginecologistas podem ajudar a determinar se as causas são físicas e aconselhá-la quanto aos possíveis tratamentos. Enquanto você procura ajuda, também pode tentar alternativas, como masturbação, sexo oral ou qualquer outra coisa que te traga prazer. Manter a comunicação em uma relação faz toda a diferença.

Nas primeiras vezes que você fizer sexo insertivo ou tentar a penetração vaginal, é possível que sinta uma quantidade de dor na entrada da vagina que varia de pequena a moderada. Também pode haver algum ou nenhum sangramento – ambos são normais. Os motivos da dor nem sempre são claros, mas ela costuma ser temporária. Um hímen não esticado (coroa vaginal) tem sido comumente culpado por essa dor na primeira penetração, mas novos entendimentos a respeito do hímen sugerem o contrário. Como Hanne Blank, autora de *Virgin: the Untouched History* (Virgem: A História Intocada), comenta:

Se a membrana do seu hímen é muito resistente, relativamente inflexível e cobre grande parte da circunferência da abertura vaginal, então, sim, é justo dizer que o hímen pode estar ligado a dor. Mas nem todos os hímenes cumprem esses critérios, e as pessoas sem hímenes muito avantajados também podem experimentar uma penetração dolorosa. A verdade é que nenhum estudo esclareceu por que esse desconforto acontece ou por que isso acontece com algumas pessoas (independentemente do tipo hímen) e não com outras.

A seguir, veja algumas condições que podem causar dor ou contribuir para o incômodo durante a penetração vaginal ou outras formas de penetração.

LUBRIFICAÇÃO INSUFICIENTE

Na maioria das pessoas, a parede da vagina geralmente responde à excitação produzindo um líquido que umedece a vagina e sua entrada, tornando a penetração mais fácil. Às vezes, não há lubrificação suficiente – talvez porque você precise de mais estimulação ou porque está nervosa ou tensa. Tente dar-se mais tempo para ficar completamente molhada.

Uma lubrificação insuficiente também pode ser causada por níveis reduzidos de estrogênio, tornando o tecido vaginal mais frágil ou afetando as paredes vaginais de modo que menos líquido seja produzido. Esse problema afeta algumas pessoas em situação pós-parto, quando estão amamentando, por exemplo, o que hoje em dia precisa e deve ser debatido pelo casal.

Falta de libido

Descontados os problemas físicos que podem levar a disfunções sexuais, podemos pensar em alguns aspectos socioculturais que afetam a sexualidade feminina. Em primeiro lugar, precisamos considerar que as meninas aprendem a reprimir a sexualidade desde pequenas. Apesar de aceitarmos e até incentivarmos a masturbação e a curiosidade sexual masculinas, ensinamos às meninas que devem se resguardar e que não podem expressar sua sexualidade. Consequentemente, tornam-se mulheres que desconhecem o próprio corpo e todo o prazer que ele pode proporcionar – são, além disso, incentivadas a se casar e a procriar. Dentro da família, assumem, na maioria das vezes, o papel de cuidadoras e responsáveis pelo bem-estar de todos – exatamente como suas avós, com a diferença de que muitas ainda têm de trabalhar fora. Assim, cansadas, passam a enxergar o parceiro pelo qual se sentiam atraídas antes como parte das suas obrigações, uma visão nada sexual.

Os homens também, em geral, têm pouca paciência e habilidade para despertar o prazer feminino. Muitas vezes, parecem esquecer que a relação sexual envolve, nesse caso, duas pessoas bem diferentes. As revistas e os programas femininos só aumentam a sensação de culpa quando afirmam que a mulher precisa ser criativa para “apimentar” a relação – como se para ser criativo não fosse preciso sentir desejo sexual.

Como abrir espaço para o desejo? Antes de tudo, é preciso livrar-se da culpa e sentir-se merecedora de prazer sexual. Também é necessário dissociar a relação conjugal da vida cotidiana, tentar ver o homem como um parceiro na busca pelo que lhe agrada e, se preciso, buscar ajuda profissional.⁹

Também existem situações em que as mulheres precisam de reposição hormonal após terem passado, por exemplo, por um câncer de mama. Algumas pessoas também vivem essa situação durante a perimenopausa e a pós-menopausa, períodos durante os quais talvez seja necessário procurar por outros sinais além da umidade vaginal para sinalizar a excitação. Já outras mulheres, independentemente da idade, simplesmente produzem menos lubrificação vaginal. Mesmo que você não esteja experienciando uma penetração dolorosa, o uso de lubrificante pode aumentar radicalmente o conforto sexual, o prazer e a estamina – ainda mais se você estiver se relacionando com preservativo.

Usando lubrificante

Independentemente da idade, a lubrificação no momento da penetração nem sempre é suficiente para garantir o deslize suave e confortável. Ao contrário do que se imagina, a lubrificação insuficiente não tem ligação necessária com a falta de excitação ou com a menopausa. Mas, quando a penetração acontece nessas condições, microlesões podem ser formadas no canal vaginal, causando ardência e incômodos. Com o passar do tempo, a repetição dessas sensações negativas tem o potencial de afetar a libido. Eu explico.

Nosso cérebro está sempre em busca de prazer. Para isso, atua em um sistema de recompensa que perpetua situações que promovem nosso bem-estar, estimuladas através de reforços positivos, e inibe aquelas que nos fazem mal. Quando sentimos dores frequentes durante as relações sexuais, é comum que tenhamos cada vez menos vontade, menos desejo sexual. Afinal, estamos constantemente enviando um reforço negativo sobre essa atividade. Além de auxiliar no deslize, o lubrificante também pode aguçar a percepção do toque, seja da genitália, das mãos ou de brinquedos. As versões com ativos que esfriam, esquentam ou até vibram trazem ainda um tempero extra para apimentar a brincadeira. Ressalta-se que é sempre importante checar a recomendação de uso, já que alguns desses lubrificantes, por exemplo, são indicados apenas para a região externa.

No entanto, apesar de todos os benefícios do lubrificante, é verdade que pegá-lo no meio da transa ainda pode ser bastante constrangedor para muitas mulheres. Em parte, porque existe uma expectativa de que estejamos extremamente umedecidas como “prova” da nossa excitação. Por outro lado, em relações heterossexuais, também pode haver a preocupação de “ferir” a masculinidade do companheiro. Lembro-me de namorar um rapaz que sempre checava quão lubrificada eu estava e, caso achasse que era pouco, ainda perguntava se eu realmente estava com vontade. Já ouvi também a sugestão de colegas sexólogas de passar o lubrificante de forma escondida para não magoar o marido. Situações como essas são frutos da desinformação que alimenta o machismo dentro das relações e se baseiam na ideia de que nosso corpo deve estar a serviço da expectativa e dos desejos de outros, desconsiderando a nossa fisiologia. Precisamos romper com todas as amarras que pretendem nos manter distantes de nosso prazer e normalizar o uso de lubrificantes. Não existe nada melhor do que se entregar sem aquele medinho de sentir dor, não é mesmo? Assim, fica melhor para quem penetra, para quem é penetrada e para tudo o que acontece nessa dança. Viva o seu, o meu, o nosso prazer”.¹⁰

Infecções vaginais – como candidíase ou tricomoníase – podem estar presentes de forma não tão grave e imperceptível. O atrito de um pênis, dildo ou dedo movendo-se na vulva ou na vagina pode agravar a infecção, resultando em ardência e coceira. Uma ferida de herpes na área externa das genitais também pode tornar a fricção dolorosa. Recomenda-se acompanhamento com médica ou médico de confiança com regularidade.



Figura 2 – Campanha do Ministério da Saúde.¹¹

IRRITAÇÃO LOCAL

Contraceptivos em espuma, creme ou gel podem causar irritação na vagina. Apesar disso, se você quiser ou se tiver recebido recomendação médica para usá-los e sentir algum incômodo, primeiro, tente uma marca diferente. Se a irritação persistir, pode ser uma reação ao espermicida Nonoxinol-9. Espermicidas alternativos são extremamente difíceis de encontrar, então talvez seja melhor considerar outro método contraceptivo. Embora a alergia ao látex seja incomum, algumas pessoas podem ser sensíveis a preservativos, diafragmas e luvas feitos com esse material. As alternativas incluem preservativos de poliuretano, como as camisinhas femininas. Desodorantes íntimos, ducha íntima, absorventes perfumados e todos os chamados produtos de higiene feminina podem irritar a vagina e/ou a vulva, assim como sabonetes líquidos ou sólidos, sais de banho e até mesmo sabão em pó.

É importante lembrar que vaginas têm cheiro de vaginas, e a ideia de que precisamos “perfumá-las” é também parte de um “mercado” que cresce cada dia mais

nos últimos tempos e é alimentado pelos tabus em torno da “vergonha cristã”, que atrapalham as mulheres cis há tantos anos, não deixando que conheçam essa parte tão fundamental de seus corpos.

Nojenta não!

Aquilo que sai do nosso corpo é mesmo tão desagradável? Pelo jeito, muita gente acha que sim. Prova disso é que a indústria de cosméticos só cresce no Brasil – é a terceira em tamanho no varejo mundial. Olhando nas prateleiras das farmácias é fácil perceber. Só os sabonetes íntimos, aqueles fabricados especialmente para você lavar a sua xoxota, são encontrados em dez tipos. Dois anos atrás, eram três ou quatro. Hoje, você encontra com cheiro de morango, os indicados para o verão e por aí vai. Existe até, pasmem, sabonete íntimo *teen*. Há também uma grande variedade de protetores para a calcinha de uso diário, um segmento que cresce 15% por ano, de acordo com o Guia das Farmácias. Os da moda são os que prometem evitar “possíveis odores naturais”.

A publicitária Renata** aderiu à novidade. “Uso absorvente antiodor. Ainda mais no calor. Detesto quando vou à casa de alguém que tem cachorro e ele fica me seguindo por causa do ‘cheiro de cio’. Faço tudo para evitar ficar com cheiros, penso que alguém pode sentir”.

A maioria dos produtos anticheiro é dirigida a mulheres. Vocês já viram sabonetes íntimos para homens? Ou já ouviram um homem dizer que não vai fazer sexo porque não está depilado? Provavelmente não. “Os pelos e as secreções masculinas funcionam como uma espécie de demarcação territorial”, lembra o psicanalista Christian Dunker. “O homem muito limpo, ou que não permite se sujar, nos sugere alguém que tem dificuldades em se misturar com os outros ou de suportar os diferentes estilos de prazer. Já uma mulher percebida como suja ou ‘insuficientemente limpa’ é associada a alguém que coloca seu desejo ativamente, que tem vontade de se misturar, de se sexualizar ou simplesmente não se importa com a opinião – e, logo, com o desejo – dos outros”.¹²

RETESAMENTO DA ENTRADA VAGINAL

Em algumas situações, o tamanho importa – por exemplo, um pênis grande em contato com uma vagina pequena. Tenha em mente, no entanto, que o tamanho do corpo não está relacionado ao tamanho da vagina.

Há indícios de que orgasmos podem ajudar nesses casos:

Tenho que estar cheia de tesão para poder acomodar o pênis de um homem. Costumo precisar ter vários orgasmos antes, então meu parceiro tem que ser mais paciente.

A dificuldade com a penetração pode ser, em alguns casos, atribuída ao vaginismo, definido como uma série de contrações involuntárias dos músculos da vagina que causam espasmos na região externa. Cientistas nem sempre são capazes de explicar esses espasmos musculares, escreve Debby Herbenick, autora de *Because It Feels Good: A Woman's Guide to Sexual Pleasure and Satisfaction* (Porque é Gostoso: Um Guia Feminino para O Prazer e A Satisfação Sexual) e fundadora do site *mysexprofessor.com*. “Mais recentemente, o vaginismo tem sido descrito como ‘dificuldades persistentes ou recorrentes da mulher em permitir a entrada de um pênis, um dedo ou qualquer objeto na vagina, apesar de seu desejo expresso de fazê-lo’. Trata-se de uma distinção importante, pois reforça a ideia de que a penetração deve ser consensual e desejada”.¹³

DOR PÉLVICA

Existem razões físicas para a dor pélvica – nem tudo é puramente emocional e, por isso, é preciso ficar atenta ao seu corpo. Dessa forma, autoconhecimento, atenção médica, ajuda de especialistas e suporte de suas parcerias emocionais são fundamentais. Às vezes, o impulso da penetração machuca o interior da pelve. Além disso, essa dor pode, muitas vezes, ser causada por escarificações – conhecidas como aderências – nos ligamentos que sustentam o útero, causadas por má gestão obstétrica durante o parto, um aborto realizado indevidamente, cirurgia pélvica, estupro ou penetração excessivamente bruta durante o sexo. A dor também pode ser causada por infecções do colo do útero, do útero ou das tubas uterinas (como a doença inflamatória pélvica – resultado do não tratamento de infecções sexualmente transmissíveis em muitas pessoas), endometriose, cistos ou tumores nos ovários, uma vagina que foi encurtada com a idade ou antroversão pélvica. A penetração, nesses casos, costuma ser menos dolorosa se você estiver por cima ou deitada ao lado de seu parceiro ou parceira. Se a penetração frequentemente causar uma dor aguda no interior da pelve, considere consultar ginecologistas experientes.

Vulvodínia

Vulvodínia é um termo que se refere à dor crônica na região da vulva e que, às vezes, não tem causa identificável. Pode ser extremamente difícil e demorado encontrar profissionais que entendam o que é a dor na vulva e mais ainda determinar por que a dor existe e a melhor forma de tratá-la. A vulvodínia localizada – também conhecida como vestibulodínia quando é especificamente no vestibulo (ou como vestibulite, um termo mais antigo) – é marcada por uma ardência dolorosa ou por uma sensação lancinante dentro e em torno da abertura da vagina quando há qualquer tipo de penetração.

Transtornos dolorosos

A vulvodínia e a vestibulodínia são transtornos dolorosos, funcionalmente limitantes, mas ainda pouco estudados. São relevantes problemas de saúde pública e podem exercer impacto negativo sobre qualidade de vida, sexualidade e relacionamentos interpessoais. Recentemente, alguns benefícios têm sido descritos no tratamento da dor sexual por meio de fisioterapia pélvica, técnicas como TENS, terapia manual intravaginal, *biofeedback*, dilatadores, entre outros.

Há uma preocupação específica quanto ao uso de dilatadores vaginais no tratamento de dores sexuais. O princípio dessa terapia seria a dilatação progressiva do canal vaginal por meio do posicionamento crescente de objetos cilíndricos cada vez mais calibrosos. Apesar de a etiologia das dores sexuais ainda ser uma incógnita no meio científico, há uma corrente de pensamento, defendida por alguns fisioterapeutas pélvicos clínicos, segundo a qual a dor sexual, em geral, é relacionada a contrações da musculatura do assoalho pélvico, incontroláveis ou não, uma vez que essa hiperatividade muscular é ponto comum na avaliação física das pacientes vitimadas por esse tipo de dor. Se o problema, portanto, é causado por contrações musculares, hiperatividade muscular, os tratamentos mais apropriados, em teoria, seriam o funcional, o treino de consciência local, a propriocepção e a coordenação motora, que podem representar tentativas de recuperar o domínio muscular consciente perdido nessas pacientes. O dilatamento de tecidos passivo parece, em tese, mais apropriado para tecidos não contráteis, como a cartilagem auricular, ou para o caso de cicatrizes cirúrgicas ou radioterápicas, mas não para tecidos contráteis estruturalmente saudáveis, como uma musculatura incoordenada.

De fato, não há, hoje, evidência suficiente que suporte o uso de dilatadores vaginais no tratamento da dor sexual.

A fisioterapia pélvica é eficaz no tratamento da vulvodínia e da dispareunia, mas não há consenso a respeito de quais técnicas seriam as mais apropriadas para esse fim nem sobre qual seria o melhor conjunto de técnicas ou técnica isolada, com exceção do TENS, que mostrou efetividade mesmo quando usado isoladamente. No entanto, são muito escassos os ensaios clínicos a respeito do tema, o que contrasta com a prevalência dos problemas e seus elevados graus de impacto sobre a qualidade de vida das mulheres afetadas. São urgentes, portanto, novos ensaios clínicos que testem as técnicas fisioterapêuticas no tratamento da vulvodínia e da vestibulodínia.¹⁴

Eu costumava gostar de fazer sexo, mas, quando fiz 30 anos, a penetração se tornou cada vez mais dolorosa. Consultei pelo menos quatro ginecologistas ao longo dos oito anos seguintes que sugeriram que eu precisava relaxar mais durante o sexo (grrr) ou erraram feio no diagnóstico da dor. Finalmente, depois de conversar com uma amiga sobre isso, ela me indicou um ginecologista especializado em dor vulvar e fui diagnosticada com vulvodínia localizada. Foi um dos melhores dias da minha vida – sabendo o que eu tinha, poderia começar o tratamento. No meu caso, creme de estrogênio e fisioterapia do assoalho pélvico foram os métodos que melhor funcionaram – a relação com a dor não é clara, mas fazer os exercícios antes do sexo ajuda. Ainda estou frustrada com o número de profissionais que me fizeram sentir que estava “tudo na minha cabeça”. Aprendi, desde então, que muitas mulheres não são diagnosticadas, o que é ridículo, considerando que a vestibulodínia afeta tantos aspectos da nossa vida e da nossa saúde sexual.

Fisioterapia do assoalho pélvico, cremes hormonais e antidepressivos tricíclicos em baixa dose podem ser úteis na redução ou na eliminação da dor, que se imagina ser causada por um crescimento excessivo de terminações nervosas. A cirurgia é, geralmente, o último recurso.

Dicas para melhorar o sexo

Algumas pequenas mudanças podem tornar o momento do sexo mais acolhedor e, com isso, melhorar a qualidade do sexo. Veja, a seguir, algumas dicas.

1. **Dedique-se a criar um espaço erótico.** A ideia de que o sexo deve ser espontâneo acaba com a iniciativa de alguns casais, mas não é nada disso: ele deve ser intencional, e as pessoas envolvidas precisam se esforçar para que aconteça. Isso não quer dizer que se deva marcar dia e hora na agenda para transar. A criação de um espaço erótico não ocorre instantaneamente, 20 minutos depois de ver o jornal na TV. Para que o sexo seja quente, é preciso desejar e seduzir o tempo todo, no dia a dia.

2. **Descubra tudo o que te excita.** Um erro comum é pensar que o desejo sexual vem de fora. Uma boa vida sexual, pelo contrário, depende de descobertas internas. É preciso saber “como eu me excito”, não “como você me excita” ou “o que me excita”. Também é essencial sondar o outro lado da moeda: “Como eu desanimo”. Se ler e-mails equivale a um banho de água fria na sua libido, fuja disso antes de ir para a cama. Além disso, sonde os gatilhos que “ligam” sua parceria, já que, se ela não estiver afim, nada acontecerá.

3. **Não aceite nivelar a relação por baixo.** O mais comum em casais estáveis é que haja certa desigualdade entre os níveis de desejo sexual das duas

partes envolvidas – e a média de relações sexuais costuma ser estabelecida pelo ritmo de quem tem menos vontade, o que pode gerar frustração no outro. Se suas investidas na cama não têm surtido efeito, em vez de desanimar, mude de tática. Seja proativa e investigue com sua parceria por que as coisas não andam lá muito animadas.

4. Exercite sua individualidade e autoconfiança. O excesso de proximidade pode ser o maior destruidor do desejo sexual. Por isso, as pessoas envolvidas em uma relação estável devem dar espaço para os interesses de cada uma. Não é porque você se casou que vai parar de encontrar amigos, ter *hobbies*, escutar suas músicas (mesmo que sua parceria não goste delas!). Se o casal só faz o que os dois querem, a especificidade de cada pessoa – inclusive os traços que as levaram a se apaixonar – pode se perder.

5. Seja uma caixinha de surpresas. A expectativa e a torcida para que algo aconteça são ingredientes fundamentais do desejo e podem ser estimuladas intencionalmente. Marcar um encontro em um lugar inédito, por exemplo, trará excitação suficiente para sacudir a rotina. Assim, investir em brincadeiras areja a relação e traz benefícios para a libido de ambas.¹⁵

Independentemente da causa, quando o sexo entre você e sua parceria fica impossibilitado por algum tempo, pode ser difícil começar de novo. Conversar com uma conselheira ou terapeuta sexual pode ser útil. A comunicação, às vezes, diminui os constrangimentos que se desenvolvem quando há uma distância física entre os casais.

Fisioterapia do assoalho pélvico

Se você tem dores nas relações sexuais, pode procurar uma fisioterapia especializada em saúde feminina, que pode avaliar a força e a resistência dos músculos do assoalho pélvico, além de quaisquer pontos que desencadeiem dor na região. Algumas pessoas que têm desenvolvido um aumento de tensão no assoalho pélvico acham eficaz o uso de dilatadores vaginais de aumento progressivo, que podem ser adquiridos on-line ou em consultórios de profissionais de saúde.

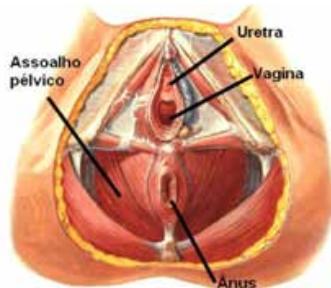


Figura 3 – Assoalho pélvico.¹⁶

EFETOS DE MEDICAMENTOS E HORMÔNIOS NA SEXUALIDADE

MEDICAMENTOS

Certos medicamentos podem afetar a libido, bem como a probabilidade e a intensidade do orgasmo. Se você estiver tomando um medicamento de venda livre, receitado ou um suplemento à base de plantas e notar uma alteração no seu desempenho sexual, pode haver uma ligação entre essas duas coisas. Por exemplo, anti-histamínicos, que as pessoas frequentemente tomam para secar secreções no nariz, também podem causar secura vaginal. Da mesma forma, medicamentos para doenças crônicas de longo prazo e algumas deficiências podem afetar o desempenho sexual de diversas maneiras.

Mantenha um registro dos medicamentos que você está tomando e observe como se sente sexualmente. Algumas bulas podem identificar efeitos colaterais conhecidos, mas seu próprio registro pode ser a melhor fonte de informação.

Antidepressivos são conhecidos por afetar o desempenho sexual. Alguns antidepressivos ISRS (inibidores seletivos de recaptação da serotonina), assim como antidepressivos ISRSN (inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina), podem reduzir o apetite sexual e a capacidade de atingir orgasmos.

Outros antidepressivos que funcionam como inibidores seletivos da recaptação neuronal de catecolaminas com efeito mínimo na recaptação de indolaminas têm demonstrado causar menos disfunção sexual do que os ISRS ou os ISRN, e algumas mulheres até relatam um aumento na libido. No entanto, todas essas discussões ainda precisam de muitos estudos e, além disso, os medicamentos citados são para tratamento de depressão, e não para falta de libido, ou seja, não se trata de uma solução medicamentosa para esta questão. Da mesma forma, a famosa “pílula azul” não é a solução para todos os problemas de todos os homens que possuem pênis e questões de disfunções erétil, uma vez que os problemas sexuais, como mencionado algumas vezes, devem ser investigados de maneira multifatorial, levando em consideração a pessoa como um todo. Os ajustes na dosagem dos medicamentos, às vezes, afetam os efeitos colaterais de âmbito sexual.

Uma mulher que toma um antidepressivo comercial muito comum no mercado comenta:

Quando entrei em uma relação, descobri que alguns dos efeitos colaterais de âmbito sexual são mais sutis. Percebi que, mesmo ainda sentindo desejo, tornou-se muito difícil ter um orgasmo. E, quando consigo, a qualidade é diferente. Antigamente, eu sentia uma lenta progressão, que culminava em contrações intensas e repentinas; agora, costumo sentir mais uma onda de excitação que flui e flui, mas nunca atinge o pico da mesma maneira.

HORMÔNIOS

Estrogênio, progesterona e testosterona são hormônios que afetam o desejo e o desempenho sexuais das mulheres. Em termos de desejo sexual, o hormônio mais influente é a testosterona, por vezes chamada de libido ou hormônio masculino. Na verdade, a testosterona, assim como o estrogênio, está presente tanto em pessoas com pênis quanto em pessoas com vagina, embora as proporções sejam diferentes. Em pessoas com vagina, a testosterona é produzida por meio do funcionamento das glândulas suprarrenais (duas pequenas glândulas próximas aos rins) e dos ovários.

Alterações hormonais e seus efeitos sobre o desejo e o desempenho sexuais não são necessariamente um problema. As alterações ocasionadas pela menstruação e pela menopausa, por exemplo, são uma parte normal do desenvolvimento da mulher. No entanto, se uma alteração hormonal leva a uma queda no desejo ou prazer sexual e você se sente insatisfeita com isso, é possível explorar outras opções, como mudar de medicamento ou de método contraceptivo. Algumas pessoas que possuem vagina e sentem secura vaginal usam suplementos hormonais, como pílulas e adesivos de estrogênio ou estrogênio com progestina, cremes de estrogênio ou anéis aplicados topicamente na vagina.

Há muitos fatores que podem afetar os níveis hormonais, como os que você confere a seguir.

- **Ciclo menstrual.** Os níveis hormonais oscilam ao longo dos nossos ciclos, e muitas pessoas que menstruam têm um pico de desejo sexual (libido) antes ou bem perto da ovulação, com um pico secundário menos intenso durante a menstruação. O nível mais baixo de libido costuma ser antes da menstruação, mas esse é um padrão que varia bastante. O uso de métodos contraceptivos hormonais, assim como a menopausa avançada, pode levar a uma menor oscilação hormonal e, por consequência, a uma menor variação no nível de desejo sexual.
- **Pílula e outros métodos contraceptivos hormonais.** Por exemplo, adesivo anticoncepcional (Evra), anticoncepcionais injetáveis (Mesigyna, Depo-Provera, Unociclo) e anel vaginal (NuvaRing). Alguns métodos desse tipo suprimem a natureza cíclica dos hormônios e podem afetar a libido e o funcionamento sexual: algumas pessoas sentem mais desejo, enquanto outras sentem menos, têm menos facilidade de atingir um orgasmo e/ou sentem secura vaginal – os efeitos específicos desses métodos variam muito.
- **Gravidez.** Os níveis de estrogênio e progesterona sobem durante a gravidez, e o fluxo de sangue na região genital aumenta. Essas mudanças, junto a outros efeitos físicos e psicológicos da gestação, podem levar a um aumento da libido para algumas pessoas. Para outras, no entanto, o desejo pode ser enterrado por dor e náuseas, assim como por receios ou problemas decorrentes das mudanças no próprio corpo e na autoimagem.

- **Amamentação.** Devido à alta do hormônio prolactina e à queda nos níveis de estrogênio, o processo de amamentação pode suprimir a ovulação por meses após o parto. Muitas pessoas mencionam uma queda na libido enquanto amamentam; algumas não sentem libido alguma e deixam de ter orgasmo. Isso é normal; o desejo sexual costuma voltar ao fim do período de amamentação. Ainda assim, essa variação na libido pós-parto pode ser uma causa de estresse em relacionamentos íntimos.
- **Menopausa/perimenopausa.** Durante os anos que precedem a menopausa (caracterizada pelo momento em que períodos menstruais já pararam há pelo menos um ano inteiro), os níveis de estrogênio oscilam erráticamente, ao passo que os de progesterona caem. Um ano após a última menstruação, tanto o estrogênio quanto a progesterona se estabilizam em níveis baixos. Você pode sentir menos desejo sexual e mais secura vaginal. No entanto, para algumas, o alívio do medo de engravidar pode levar a uma nova liberdade sexual após a menopausa.
- **Remoção das glândulas suprarrenais ou dos ovários (ooforectomia).** Ambas as cirurgias podem resultar em uma notável redução no interesse pelo sexo e na frequência dos orgasmos, em parte, devido a uma queda nos níveis de testosterona (veja mais sobre o hormônio acima). Essa é uma das muitas razões para evitar a remoção desnecessária dos ovários ou das glândulas suprarrenais.

SEXO, DEFICIÊNCIAS E DOENÇAS CRÔNICAS

Algumas de nós temos doenças crônicas ou deficiências com as quais nascemos (como deficiência visual ou fibrose cística) ou que desenvolvemos mais tarde (como esclerose múltipla ou transtorno bipolar). Independentemente disso, todas temos o direito de realizar nossos desejos sexuais e de nos sentirmos bem quanto à expressão de nossa sexualidade; no entanto, é infelizmente muito comum que algumas pessoas, inclusive profissionais de saúde, considerem que mulheres ou meninas adolescentes com deficiência são necessariamente assexuais.

Esse tipo de atitude pode ser prejudicial a nossa saúde e autoestima. Ainda que a comunidade médica esteja cada vez mais esclarecida sobre essas questões, a responsabilidade de explicar nossos desejos e a necessidade de informar o mundo ao nosso redor frequentemente recai sobre nós mesmas.

Samantha, que tem tetraplegia, fala sobre seu relacionamento com o marido, Michael:

A gente faz amor com frequência e com paixão. Ainda que a deficiência realmente afete o que podemos fazer, ela não define nosso relacionamento. O problema sempre

são as presunções; as pessoas presumem que, porque eu tenho uma deficiência, a minha sexualidade e a minha capacidade de aproveitar e fazer sexo foram tiradas de mim. É legal ser parte de um processo educativo focado em desafiar essa percepção.

Soma-se ao problema o fato de que ter uma deficiência pode trazer sentimentos de alienação ou desconexão com nossos corpos, causando vergonha e constrangimento. Reconquistar nossos corpos para experiências sexuais positivas pode demandar tempo e paciência, assim como apoio:

Tenho deficiência visual e tive que passar por vários procedimentos médicos para evitar a cegueira total e melhorar minha visão. Com esses desafios cedo na vida, frequentemente sentia como se meu corpo fosse meu inimigo, então sinto que meu desenvolvimento sexual e meus relacionamentos íntimos com outras pessoas foram/são afetados por essas inseguranças em relação ao meu corpo. Sempre me preocupo com a possibilidade de que a minha pessoa especial me largue se meus problemas de visão piorarem.

Do namoro à logística do sexo, obstáculos podem surgir. Falta de informação e espaços mal planejados podem transformar problemas simples em barreiras enormes. Também é necessário decidir quando e o quanto compartilhar se a deficiência não for tão aparente:

Fico surpresa com o quão pouco a maioria dos homens com quem transei se incomoda com a minha urostomia [quando a urina é passada da bexiga para uma pequena bolsa externa presa ao abdome]. Eu conto, sim, a eles antes de ficarmos nus, e nunca foi um grande problema. Acho que eles já devem aceitar minha deficiência em algum nível antes da intimidade, então talvez vejam a urostomia como mais do mesmo, como uma parte da deficiência, que é como eu a vejo.

Depois da minha lesão cerebral, eu não conseguia tirar da cabeça imagens vívidas das pessoas se masturbando em público. Eu chegava a fantasiar sobre levantar a saia e fazer isso eu mesma. Esses novos pensamentos eram muito perturbadores, e eu tinha medo de compartilhar e prejudicar meu relacionamento. Aí eu descobri, em um grupo de apoio, que lesões cerebrais podem interferir na nossa capacidade de estabelecer limites sexuais adequados. Com o tempo, essas ânsias ficaram menos frequentes, e eu fiquei mais confortável com a minha sexualidade.

Uma boa parte da expressão da sexualidade envolve comunicação – verbal ou não. Quando uma pessoa é surda, tem dificuldades auditivas ou uma deficiência na fala, por exemplo, precisa – assim como as pessoas ao seu redor – aprender novas maneiras de se comunicar. Discussões honestas e transparentes sobre o que gostamos e o que nos faz sentir prazer são um modelo para todas as pessoas sexualmente ativas.

Eu precisava descobrir se realmente conseguiria me sentir confortável e me comunicar fazendo sexo com alguém que não me conhecia antes do meu acidente. Conheci um cara numa festa e acabamos transando. Na manhã seguinte, perguntei o que ele achou de ter estado comigo, e ele disse: “Honestamente, no começo eu tive medo de te machucar, porque você é muito pequena, mas você falou comigo e disse o que era bom e o que eu podia fazer pra ser bom pra mim também, então foi ótimo!”. Foi ótimo pra mim também, em vários sentidos.

A pressão cultural pela espontaneidade no sexo pode ser frustrante se alguma assistência for necessária. Para ajudar a manter a independência, uma atendente de cuidados pessoais pode nos ajudar com preparações para a atividade sexual. No entanto, isso também pode ser invasivo.

Tanto eu quanto meu marido temos deficiência e precisamos de muita assistência, mas decidimos que contratar uma assistente de cuidados pessoais seria uma invasão de privacidade muito grande. É frustrante, mas a gente simplesmente não faz mais sexo com penetração. Agora, atingimos o orgasmo com sexo oral. Meu marido diz que temos sorte e que outras pessoas teriam inveja se soubessem!

Pessoas com certas doenças crônicas e deficiências, como fibromialgia e lesões da medula espinhal, sentem muita dor – nesses casos, pode haver ocasiões em que querem sexo, mas não aguentam ser tocadas. Para algumas, no entanto, o estímulo genital direto pode até ajudar a cortar a dor.

A comunidade de pessoas com deficiência ensinou muitas coisas a médicas e médicos sobre sexualidade ao longo dos anos. Pesquisas validaram algo que algumas de nós sempre soubemos: nossos orgasmos são reais e podem resultar de estímulos genitais ou de estímulos de outras regiões altamente erotizadas. Isso vale para pessoas com ou sem lesões na medula espinhal.

A primeira vez que transei com meu namorado depois da paralisia foi horrível. Mas aí, com o tempo, e com muita prática e comunicação, ficou muito melhor. Fiquei surpresa por ainda conseguir ter orgasmos depois da lesão, já que ninguém no hospital tinha falado disso comigo.

Algumas deficiências também nos tornam mais suscetíveis à depressão porque causam mudanças na química do cérebro e nos níveis hormonais, levando-nos a recuar da atividade sexual, o que pode ser agravado pelos remédios prescritos. Independentemente da causa, no entanto, não somos nossa deficiência ou um pacote de sintomas, um fato que precisamos expressar com firmeza e que a comunidade médica precisa reconhecer.

Sexualidade e deficiência

Os direitos sexuais e reprodutivos estão garantidos na legislação, como demonstram, por exemplo, a Lei Brasileira de Inclusão e o Estatuto da Deficiência. No entanto, o tema não sai do papel e, na prática, ainda segue invisibilizado. Os profissionais não têm formação para atender pessoas com deficiência, as clínicas ginecológicas não têm tradutores de Libras para dialogar com mulheres surdas, não há rampas de acesso nos estabelecimentos de saúde... Enfim, não há acessibilidade, de modo geral, além de vários outros problemas. Se as pessoas com deficiência querem – ou não – ter filhos, temos condição de acolher suas necessidades? Estamos preocupados com isso?

Esse tema tem pouca visibilidade porque, primeiro, existe o mito da assexualidade, segundo o qual as pessoas com deficiência não têm vida sexual ou, quando têm, é algo aberrante, atípico, diferente – pensamos que as pessoas com deficiência são sempre infelizes e incapazes. Voltando ao parâmetro do que é normal, acreditamos que quem se encaixa nesses padrões têm mais direito a ter namoros, casamentos e filhos, enquanto as pessoas com deficiência “coitadas, nunca vão ter vida sexual, prazer” etc.

Não consideramos a sexualidade como parte da vida das pessoas com deficiência. Falamos muito sobre a inclusão dessa população nas escolas e no trabalho – mas onde está a inclusão sexual? Quem está lutando por esses direitos? É uma luta invisível. Poucas pessoas falam sobre o assunto, incluindo familiares e as próprias pessoas com deficiência, que incorporam a ideia de que não precisam ou não podem falar sobre sexualidade. [...] Isso é um grande tabu: as pessoas têm vergonha, não aprenderam a falar de sexualidade, não gostam. Falar de sexualidade de pessoas com deficiência é, então, um duplo tabu.

Práticas de inclusão, no entanto, têm favorecido muito a visibilidade desse grupo e de seus direitos. Se escondemos essas pessoas e as deixamos privadas do convívio, alimentamos preconceitos – como o mito de que são assexuadas, o que é uma bobagem. [A eventual ausência de vida sexual] não tem nada a ver com a deficiência, mas com a falta de oportunidades, de habilidades sociais, de educação sexual, de aprender a exteriorizar o erotismo – coisas que todo mundo aprende. Fatores como a superproteção da família, o próprio preconceito e a falta de convivência contribuem para isso. Para superar esses problemas, precisamos de informação e preparo – primeiro, das próprias pessoas com deficiência e de suas famílias, mas não só delas. Essa é uma questão que envolve todos nós.¹⁷



Figura 4 – Sexualidade e deficiência.¹⁸

Recomendações culturais

The Empowered Fe Fes (Fefês empoderadas; fê vem de “fêmea”) são um grupo de jovens de Chicago, com idades entre 13 e 24 anos, que têm diferentes deficiências e usam o recurso do vídeo para investigar verdades sobre suas vidas e comunidades e para quebrar estereótipos sobre suas capacidades individuais. No documentário *Doin’ It: Sex, Disability & Videotape* (Fazendo “aquilo”: sexo, deficiência & vídeo), as Fe Fes visitam uma famosa *sex shop* feminista em Chicago e se educam sobre sexo a partir de vários ângulos, conversando com ativistas e acadêmicas. A espectadora as acompanha em um encontro entre uma mulher com deficiência e seu namorado e segue o grupo em uma loja de brinquedos sexuais, onde as jovens aprendem a se sentir confortáveis com os próprios corpos.

O filme conta com a voz de Susan Nussbaum, que fundou as *Empowered Fe Fes* com Taina Rodriguez, em 1999. “Como mulheres, somos capazes de sentir grandes prazeres com nossos corpos,” Nussbaum diz. “E, como mulheres com deficiência, isso é algo sobre nós que não costumam nos dizer”.

Desde a publicação do vídeo, várias das garotas que ajudaram a produzi-lo continuaram suas trajetórias como ativistas, desafiando a Associação Médica Americana em questões relacionadas à ética sobre deficiências, exigindo que figuras políticas lidem com questões de acessibilidade e viajando à capital estadunidense para apoiar legislações que defendam os direitos das pessoas com deficiência.

As Fe Fes são patrocinadas pela Access Living (accessliving.org), uma organização pelos direitos das pessoas com deficiência. O documentário foi criado em uma oficina de mídia e produzido pela Beyondmedia Education. Uma oficina anterior, com duração de um ano, explorou a realidade de crescer como uma menina com deficiências e levou à criação do filme *Beyond Disability: The Fe Fe Stories* (Além da deficiência: as histórias das Fefês). Durante essa oficina, ficou evidente que só uma das 16 participantes já tinha ouvido a palavra “clitóris”. Isso não é incomum; jovens com deficiência são sistematicamente excluídas da educação sexual nas escolas sob a presunção de que não vão precisar dela. Consequentemente, meninas com deficiência recebem pouquíssima educação sexual, e há altas taxas de abuso sexual e violência doméstica entre elas.

O documentário *Doin’ It* estreou em 2007, foi apresentado em festivais e outros meios e recebeu prêmios em São Francisco, nos Estados Unidos, e no Canadá. Em 2009, uma organização feminista em Tóquio traduziu e distribuiu o vídeo no Japão.

Para comprar esse ou outros filmes da Beyondmedia sobre o ativismo de mulheres e meninas, visite beyondmedia.org.

SEXO COM UMA DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÔNICA

DOENÇA CRÔNICA OU DEFICIÊNCIA	EFEITOS NA SEXUALIDADE	CONSIDERAÇÕES E ORIENTAÇÕES ÚTEIS
Paralisia cerebral (PC)	Rigidez, fraqueza ou espasticidade muscular podem complicar algumas atividades sexuais. Contraturas dos joelhos e quadris podem causar dor com a pressão de outra pessoa, e espasmos podem se intensificar com a excitação. Algumas pessoas têm lubrificação vaginal insuficiente. Menstruação, fertilidade e gravidez não são afetadas. Durante o parto, quem tem PC severa pode precisar de uma cesariana.	Os espasmos podem ser aliviados com sexo sem penetração vaginal, posições diferentes ou com as pernas apoiadas em travesseiros. Um vibrador ou outro brinquedo pode ser usado pela pessoa sozinha ou com outra pessoa. Métodos anticoncepcionais que contenham estrogênio não são aconselhados para quem tem restrições de mobilidade. Caso você tome anticonvulsivantes, veja as precauções especiais para epilepsia. ¹⁹ <i>A, B, D, E</i>
Deficiências cognitivas (incluindo lesões cerebrais, epilepsia e derrame)	Capacidades sexuais podem variar dependendo da localização da lesão cerebral. Uma alteração no nível de interesse pelo sexo é possível, assim como uma diminuição na lubrificação vaginal e dificuldade em atingir orgasmos. Essas reações, às vezes, são causadas por remédios ou associadas a depressão. ²⁰ Menstruações irregulares são comuns, e engravidar pode ser difícil. A menopausa também pode ocorrer mais cedo. Lesões e derrames podem resultar em deficiências visual-perceptivas, cognitivas e de comunicação, assim como em perda de sensibilidade, paralisia e incontinência. Lesões traumáticas podem causar atividade sexual impulsiva e uma inabilidade de ler padrões sociais, resultando em discussões abertas sobre sexo que outras consideram inapropriadas. ²¹	Se há problemas de força, coordenação ou equilíbrio, tente posições que dão bastante apoio ao corpo ou que requerem pouco esforço. Treinamento de competências sociais ou o trabalho com uma neuropsicóloga pode ajudar a lidar com questões comportamentais ou cognitivas. Métodos anticoncepcionais que contêm estrogênio não são aconselhados para pessoas com paralisia, derrame ou distúrbios circulatórios. Muitos medicamentos anticonvulsivos causam uma aceleração da degeneração de hormônios no corpo, tornando anticoncepcionais menos eficazes na prevenção da gravidez; usar um método de barreira (como camisinha) é indicado. Em uma pequena minoria de pessoas com epilepsia, a inserção de DIU pode causar o que se conhece por convulsão reflexa. ²² <i>A, B, C, D, E</i>

<p>Diabetes e doença renal crônica</p>	<p>Vários estudos examinaram os efeitos da diabetes na resposta sexual feminina e tiveram resultados variáveis. Algumas pessoas reportam que os orgasmos ficam gradualmente menos frequentes e menos intensos.²³ É possível que danos aos vasos sanguíneos e nervos na região pélvica tenham impacto na excitação sexual e no orgasmo. A falta de lubrificação vaginal e infecções recorrentes podem tornar algumas atividades sexuais difíceis e dolorosas.²⁴ Estado civil, idade e depressão são os fatores mais comuns para prever dificuldades sexuais em pessoas com diabetes.²⁵ Diabetes não controlada e insuficiência renal podem parar as menstruações e causar problemas de fertilidade. A gravidez pode ser complicada para quem tem todas essas condições e deve ser monitorada de perto, inclusive após transplantes de rim.²⁶</p>	<p>Usar um vibrador permite que algumas cheguem ao orgasmo, porque o prazer é mais intenso. Pessoas saudáveis com diabetes geralmente podem tomar a pílula e usar outros métodos anticoncepcionais hormonais com segurança, mas quem tem hipertensão ou doenças renais deve evitar contraceptivos que contenham estrogênio.²⁷ Não se sabe ao certo se a hipertensão por si só pode afetar o funcionamento sexual,²⁸ mas se sabe que muitos remédios para hipertensão podem diminuir a libido.²⁹ Estrogênio tópico (creme) pode ser útil para dor e secura vaginal.³⁰ A diálise está frequentemente associada a menstruação intensa, e por vezes dolorosa, e pode aumentar a libido, ainda que não aumente a resposta sexual. Transplantes de rim geralmente aumentam a libido, a resposta e a fertilidade. D, E</p>
<p>Doença cardíaca</p>	<p>Atividades sexuais podem ser limitadas para aquelas com condições muito sérias, como dor torácica, palpitações e dificuldade em respirar. No entanto, se você consegue subir dois lances de escada rapidamente sem apresentar sintomas, isso é um bom sinal de que você está apta para atividade sexual³¹ (as respostas cardíacas a subir degraus e ao sexo são parecidas – a frequência cardíaca é de, em média, 125 batimentos por minuto). Fazer um teste ergométrico é a melhor forma de determinar sua aptidão física.³² A depressão e o medo de sentir sintomas são os obstáculos sexuais mais frequentes.³³</p>	<p>Consulte profissionais de saúde para saber se e quando você pode começar uma rotina de exercícios com segurança. A Associação Médica Americana sugere fazer sexo quando se está descansada e aguardar de uma a três horas após uma refeição completa para que a digestão aconteça. Também é indicado tomar os medicamentos receitados antes da atividade sexual. A hipertensão essencial é pesquisada como fator que contribui para dificuldades sexuais.³⁴ Métodos anticoncepcionais que contêm estrogênio não devem ser usados, mas não há problema em usar DIU, a não ser pessoas com valvulopatias (doenças das válvulas cardíacas).³⁵ A, D</p>

<p>Artrite reumatoide</p>	<p>Juntas inchadas e doloridas, fraqueza muscular e contraturas de junta podem dificultar a masturbação ou algumas posições sexuais. Os sintomas da artrite podem reduzir o desejo por sexo,³⁶ assim como as dores e a depressão.³⁷ Menstruação, fertilidade e gravidez geralmente não são afetadas, mas alguns medicamentos antirreumáticos podem interferir na fertilidade.³⁸ Pode haver complicações no parto se a artrite reumatoide estiver presente nos quadris e na coluna. A gravidez e o uso de pílulas anticoncepcionais já foram associados à melhora dos sintomas e a uma pequena redução no dano às juntas.³⁹</p>	<p>Você pode usar um vibrador ou outro brinquedo sexual para dar prazer a si mesma ou com outra pessoa. Se os sintomas responderem ao calor, planeje atividades sexuais após compressas ou banhos quentes. Experimente diferentes posições e use travesseiros para evitar dor e dar apoio às juntas afetadas. Métodos anticoncepcionais que contêm estrogênio não são aconselhados para pessoas com problemas circulatórios ou mobilidade limitada; no entanto, em quem não tem risco de coagulação, esses métodos (e a terapia hormonal) podem ser usados com segurança e até mesmo atenuar os sintomas da artrite reumatoide.⁴⁰ A, B, C, D, F</p>
<p>Doenças reumáticas (incluindo esclerodermia, lúpus eritematoso disseminado, síndrome de Sjögren e esclerose sistêmica)</p>	<p>Costuma haver menos lubrificação vaginal, e o aperto da pele ou da vagina pode tornar a penetração mais dolorosa. A síndrome de Sjögren também causa boca seca, o lúpus causa aftas, e tanto o lúpus quanto a esclerose sistêmica podem causar feridas na vagina. Dificuldades para engravidar e um risco elevado de aborto espontâneo já foram observados. Considere todos os métodos contraceptivos com extrema cautela se há complicações de órgãos.⁴¹</p>	<p>A pele fragilizada e as feridas podem ser protegidas por meio de sexo sem penetração vaginal, do uso de um vibrador, de anestésicos tópicos e barreiras de látex. Use creme de estrogênio para dores e atrofia vaginal.⁴² Pessoas com lúpus mais ameno e estável frequentemente podem usar métodos anticoncepcionais que contêm estrogênio⁴³ e fazer terapia hormonal sem sentir sintomas graves.⁴⁴ Ver também a seção sobre artrite reumatoide. A, B, D, E, F</p>
<p>Esclerose múltipla</p>	<p>A depender do estágio e da severidade da condição, os sintomas variam e podem ir e vir. Sintomas comuns incluem dificuldade em chegar ao orgasmo devido a uma menor sensibilidade genital, secura vaginal, fraqueza muscular, fadiga extrema, dor e incontinência intestinal e urinária.⁴⁵ Padrões menstruais e de fertilidade podem mudar, e a esclerose pode aflorar intensamente durante a menstruação, por alguns meses após o parto ou durante a perimenopausa.⁴⁶ Algumas alegam que os sintomas da esclerose múltipla melhoram durante a gravidez e se estabilizam durante a terapia de reposição hormonal.⁴⁷</p>	<p>Já que os obstáculos sexuais podem ir e vir como os demais sintomas da esclerose múltipla, ser criativa ajuda. Alguns remédios para espasmos e analgésicos tópicos podem ser úteis. Se fadiga ou falta de equilíbrio são problemas, use um vibrador ou tente atividades sexuais que requeiram menos esforço. Algumas pessoas observam que a penetração vaginal é dolorosa, mas que o estímulo do clitóris ainda é prazeroso. Métodos anticoncepcionais que contenham estrogênio não são recomendados se há paralisia ou restrição de movimento. A, B, D, E, F</p>

Ostomia	<p>Pouquíssimo foi escrito sobre a atividade sexual de pessoas com ostomias. A cirurgia não costuma impactar a responsividade genital ou a fertilidade. No entanto, há relatos de dor durante a penetração vaginal ou falta de sensibilidade na vagina após cirurgias de ileostomia, colostomia e proctocolectomia.⁴⁸</p>	<p>Use coberturas para a bolsa e posições em que se sinta confortável – mantenha sua bolsa segura durante o ato sexual para que não seja puxada ou atrapalhe a relação. Pastilhas para neutralização de odores podem ser postas dentro da bolsa.</p> <p>Considere métodos alternativos à pílula e consulte uma pessoa médica se estiver tomando alguma, pois às vezes ela pode não ser totalmente absorvida.⁴⁹ F</p>
Lesão de medula espinhal	<p>Sintomas como paralisia, perda de sensibilidade, fraqueza muscular, espasticidade, dor, incontinência e secura vaginal podem dificultar o sexo. Mudanças na capacidade de se autolubrificificar ou de ter sensibilidade genital dependem da severidade da lesão.⁵⁰ Orgasmos ainda são possíveis, qualquer que seja o nível ou grau da paralisia,⁵¹ mas podem ser similares aos pré-lesão ou mais difusos. Regiões acima da lesão podem ficar mais sexualmente excitáveis.⁵² A exploração é essencial para descobrir essas mudanças. Excitação, masturbação e sexo podem aumentar espasmos e o risco de incontinência. A menstruação pode parar por vários meses após uma lesão de medula espinhal, mas a fertilidade não é permanentemente afetada. Gravidez aumenta o risco de coágulos sanguíneos, úlceras por pressão e infecções urinárias.⁵³</p>	<p>Prenda seu cateter com fita e mantenha-o fora do caminho para que não seja puxado durante o sexo. Sexo sem penetração vaginal pode ajudar a evitar dores, e tomar remédios contra espasmos antes do ato sexual pode ser útil. O uso de vibrador ajuda algumas pessoas a atingir orgasmos. Para aquelas com uma lesão de alto nível, estímulos vaginais intensos (como parto normal e penetração vigorosa ou prolongada) podem causar disreflexia autonômica, uma condição potencialmente fatal.⁵⁴</p> <p>Muitas pessoas têm partos saudáveis e sem dor, mas fique atenta a sinais de disreflexia e prolapso uterino durante o trabalho de parto.⁵⁵</p> <p>Métodos contraceptivos que contenham estrogênio não devem ser usados, especialmente se você tomar medicamentos contra hipertensão.⁵⁶</p>
Síndrome da fadiga crônica (SFC), fibromialgia e síndrome miofascial	<p>Essas doenças crônicas causam fadiga, dor generalizada e rigidez, podendo reduzir fortemente o desejo sexual. A possibilidade de sentir fadiga pós-esforço ou desencadear crises de dor pode tornar atividades sexuais muito arriscadas.⁵⁷</p> <p>Sintomas geralmente oscilam com o tempo; conseqüentemente, seus efeitos na sexualidade também. Já que os níveis de energia e de dor mudam dia a dia, paciência e criatividade são essenciais.</p>	<p>Definir prioridades quanto à alocação da sua energia diária é uma estratégia vital para qualquer pessoa com essas síndromes, e esse cuidado pode te ajudar a encontrar mais energia para o sexo. Um vibrador ou outro brinquedo sexual pode ser útil quanto a dores nas mãos. Experimente diferentes posições e use travesseiros para se apoiar e reduzir a dor.</p> <p>Dor é um “antiafrodisíaco” e pode levar a depressão, de modo que o controle dos sintomas é importante.⁵⁸</p> <p>Endorfinas liberadas durante atividades sexuais, especialmente no orgasmo, podem ajudar a aliviar dores.⁵⁹ A, E</p>

TEXTO/LEGENDA DA TABELA
<p>A. Muitos remédios são diretamente responsáveis pelos efeitos negativos na nossa sexualidade, como redução de libido, menor lubrificação vaginal e orgasmo retardado ou ausente. Esses remédios incluem medicamentos contra hipertensão (diuréticos e betabloqueadores), antidepressivos (inibidores seletivos da recaptção da serotonina, inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina, tricíclicos e alguns inibidores da monoamina oxidase), tranquilizantes (fenotiazinas), medicamentos contra a espasticidade e anticonvulsivos (fenitoína), assim como lítio, risperidona, digoxina e reserpina.⁶⁰</p>
<p>B. O diafragma pode não ser recomendável se você tem baixa precisão com movimentos da mão, infecções urinárias ou vaginais recorrentes ou músculos pélvicos muito enfraquecidos. Se você tem limitações com o uso das mãos, peça a uma assistente ou a sua parceria que te ajude a inserir o diafragma. Há apetrechos que ajudam nesse processo, mas um pouco de precisão manual ainda será necessário.</p>
<p>C. O DIU não é um bom método anticoncepcional para quem tem alguma perda de sensibilidade na região pélvica devido ao risco de que punções ou doenças inflamatórias decorrentes do uso não sejam percebidas.⁶¹ Além disso, um pouco de coordenação motora é necessário para conferir o cordão todos os meses e garantir que o DIU ainda está no lugar.</p>
<p>D. Pílulas anticoncepcionais que contêm estrogênio podem aumentar o risco de coagulação e causar complicações médicas graves, como embolismo, trombose venosa profunda e derrame.⁶² Métodos contraceptivos mais novos, como comprimidos de baixa dose, adesivos e o Nuvaring, liberam menos estrogênio na corrente sanguínea que versões mais antigas da pílula.⁶³ Por não conter estrogênio, apenas progesterona, métodos como a minipílula, Depo Provera e implantes podem ser boas alternativas.</p> <p>Alguns medicamentos anticoncepcionais podem interagir mal ou ser menos eficazes se tomados com outros remédios; por isso, informe para sua médica ou médico suas medicações e dosagens quando procurar serviços anticoncepcionais.</p>
<p>E. Lubrificantes solúveis em água podem ser de grande ajuda quando se tem a vagina seca ou menos lubrificação natural que o necessário.</p>
<p>F. Muitas pessoas observam que tratamentos farmacêuticos duradouros melhoram muito a qualidade de vida, minimizando os sintomas. É preciso observar, no entanto, que o uso seguro de contraceptivos é obrigatório quando se toma metotrexato, ciclofosfamida (Citoxan) ou clorambucila, porque esses compostos podem fazer mal ao feto. A ciclofosfamida e a clorambucila também podem causar infertilidade permanente, e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) podem causar infertilidade reversível.⁶⁴</p>

NOTAS

1. Adaptado de: Patrícia Zaidan, “Sexo sem compromisso: histórias de quem se entregou ao momento sem longa preparação”. *Revista Claudia*, 28 de outubro de 2016. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/sua-vida/sexo-sem-compromisso-historias-de-quem-se-entregou-ao-momento-sem-longa-preparacao/>
2. Adaptado de: Fábio Augusto Caló, “Desejo Sexual Feminino: 5 dicas para melhorar”. *Instituto de Psicologia Aplicada*, s/d. Disponível em: <https://inpaonline.com.br/blog/desejo-sexual-feminino/>
3. Adaptado de: Paola Churchill, “Vaginismo: ‘Evito relacionamentos por medo de tran-

- sar””. *iG Delas*, 1 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://delas.ig.com.br/amoresexo/2020-12-01/vaginismo-evito-relacionamentos-por-medo-de-transar.html>
4. Adaptado de: Heloísa Buarque de Almeida, “Novos feminismos e a luta pelos direitos das mulheres”. *Revista Nexo*, 6 de março de 2016. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/ensaio/2016/Novos-feminismos-e-a-luta-pelos-direitos-das-mulheres>
 5. Jéssica Aparecida, “Como usar um vibrador”. *Blog Vibra Comigo*, 10 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.vibracomigo.com.br/blog/como-usar-um-vibrador/>
 6. Adaptado de: Daniele Zaninelli, “Testosterona pode ser prescrita para mulheres? Podemos confiar na dosagem?”. *PEBMED*, 10 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://pebmed.com.br/testosterona-pode-ser-prescrita-para-mulheres-ha-dosagem-confiavel/>
 7. Adaptado de: Nathalie Páiva, “Aplicativo ensina de masturbação guiada a dicas de saúde da mulher”. *Revista Claudia*, 6 de julho de 2021. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/amor-e-sexo/aplicativo-share-you-sex/>
 8. Silvia Noffs e Juliana Schulze Burti, “Avaliação da qualidade de vida sexual após prática de ginástica feminina em mulheres jovens”. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 30, n. 2, dez. de 2019, p. 20-30. Disponível em: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i2.87>
 9. Adaptado de: Mariana Varella, “Falta de libido”. *Portal Drauzio Varella*, 20 de novembro de 2014. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/para-as-mulheres/falta-de-libido-coluna/>
 10. Adaptado de: Sofia Menegon, “Usar lubrificante ainda constrange muitas mulheres?”. *Revista Claudia*, 25 de novembro de 2021. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/coluna/sofia-menegon/usar-lubrificante-ainda-constrange-muitas-mulheres/>
 11. “Campanha da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais”, Facebook do Ministério da Saúde, 7 de setembro de 2015. Disponível em: <https://www.facebook.com/minsaude/photos/a-pol%C3%ADtica-nacional-de-sa%C3%BAde-integral-de-l%C3%A9sbicas-gays-bissexuais-travestis-e-tr/1073926899292592/>
 12. Adaptado de: Nina Lemos, “Nojenta?”. *Revista Trip*, 14 de julho de 2019. Disponível em: <https://revistatrip.uol.com.br/tpm/nojenta>
 13. Debbie Herbenick, “Vaginismus: 6 Facts You Should Know”, *My Sex Professor*, 2009 *apud* OBOS, 2011.
 14. Adaptado de: Camilly Souza, Maricelle M. Tavares Vaz, Adilson Andrade, Erica Feio Carneiro Nunes, Gustavo Fernando Sutter Latorre, “Técnicas fisioterapêuticas para a dor sexual em mulheres: revisão sistemática”. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 30, 2020. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2667>
 15. Adaptado de: Michell Lott, “5 dicas para não deixar a rotina esfriar o sexo”. *Revista Claudia*, 28 de outubro de 2016. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/sua-vida/5-dicas-para-nao-deixar-a-rotina-esfriar-o-sexo/>
 16. Ana Paula Pudo, “Assoalho pélvico/períneo feminino: região ainda desconhecida”. *O Popular*, 8 de setembro de 2015. Disponível em: <https://opopular.com.br/noticias/ludovica/blo>

- gs/2.233438/yoga-para-todos-1.877230/assoalho-p%C3%A9lvico-per%C3%ADneo-feminino-regi%C3%A3o-ainda-desconhecida-1.941242
17. Adaptado de: Mariana Vick, “Falar de sexualidade e deficiência é um duplo tabu”. *Jornal Nexo*, 23 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/entrevista/2021/09/23/%E2%80%98Falar-de-sexualidade-e-defici%C3%A4ncia-%C3%A9-um-duplo-tabu%E2%80%99>
 18. *Ibidem*.
 19. K. Best, “Epilepsy Drugs May Reduce Method Effectiveness”, *Network*, v. 2, n. 19, 1999.
 20. Victoria Department of Human Services, Austrália, “Traumatic Brain Injury and Sexual Issues”, *Better Health Channel*, 9 de agosto de 2013.
 21. Sexual Health Network, “Possible Effects of a Traumatic Brain Injury on a Person’s Sexuality” *apud OBOS*, 2011.
 22. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, “Contraception, Disability and Illness, Female Contraceptive and Reproductive Issues: Epilepsy”, 2006 *apud OBOS*, 2011.
 23. Jing Guan *et al.*, “Sexual Dysfunction in Patients with Chronic Renal Failure”. *Zhonghua Nan Ke Xue*, v. 9, n. 6, p. 454-56, 2003.
 24. Paul Enzlin *et al.*, “Sexual Dysfunction in Women with Type 1 Diabetes: Long-Term Findings from the DCCT/EDIC Study Cohort”. *Diabetes Care*, v. 32, n. 5, p. 780-85, 2009.
 25. Annamaria Giraldi e Ellids Kristensen, “Sexual Dysfunction in Women with Diabetes Mellitus”. *Journal of Sex Research*, v. 47, n. 213, p. 199-211, 2010; Lauren P. Wallner, Aruna V. Sarma e Catherine Kim, “Sexual Functioning Among Women with and Without Diabetes in the Boston Area Community Health Study”. *Journal of Sexual Medicine*, v. 7, p. 881-87, 2010.
 26. Maria Teresa Filocamo *et al.*, “Sexual Dysfunction in Women During Dialysis and After Renal Transplantation”. *Journal of Sexual Medicine*, v. 6, n. 11, p. 3125-31, 2009.
 27. J. Bringer *et al.*, “Which Contraception to Choose for the Diabetic Woman?”. *Diabetes & Metabolism*, v. 27, n. 4, 2001, p. S35-41; S. Wysocki e S. Schnare, “Current Advances in Oral Contraceptives: OC Use in Patients with Common Medical Conditions”. Preventing Unintended Pregnancy: Advances in Hormonal Contraception, National Institute of Child Health and Human Development conference, 2001.
 28. L. E. Duncan *et al.*, “Does Hypertension and Its Pharmacotherapy Affect the Quality of Sexual Function in Women?”. *American Journal of Hypertension*, v. 13, p. 640-47, 2000.
 29. Athanasios Manolis e Michael Doumas, “Sexual Dysfunction: The ‘Prima Ballerina’ of Hypertension-Related Quality-of-Life Complications”. *Journal of Hypertension*, v. 26, n. 11, p. 2074-84, 2005.
 30. Rosemary Basson e Willibrord Weijmar Schultz, “Sexual Sequelae of General Medical Disorders”. *Lancet*, v. 369, p. 409-24, 2007.
 31. Merck Manual of Geriatrics, “Effects of Medical Disorders on Sexuality” *apud OBOS*, 2011.
 32. Graham Jackson *et al.*, “The Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunction and

- Cardiac Risk: New Guidelines for Sexual Medicine”. *Journal of Sexual Medicine*, v. 3, n. 1, p. 28-36, 2006.
33. Kimberly Perez, Meghana Gadgil e Don S. Dizon, “Sexual Ramifications of Medical Illness”. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 52, n. 4, p. 6691-6701, 2009.
34. Athanasios Manolis e Michael Doumas, “Sexual Dysfunction: The ‘Prima Ballerina’ of Hypertension-Related Quality-of-Life Complications”. *Journal of Hypertension*, v. 26, n. 11, p. 2074-84, 2005.
35. Suzanne C. Smeltzer e Nancy C. Sharts-Hopko, A Provider’s Guide for the Care of Women with Physical Disabilities and Chronic Medical Conditions. *North Carolina Office on Disability and Health*, 2005. Disponível em: https://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/other-resources/NCODH_ProvidersGuide.pdf
36. Willy T. M. van Berlo, Harry B. M. van de Wiel, Erik Taal, Johannes J. Rasker, Willibrord C. M. Weijmar Schultz, Martin H. van Rijswijk, “Sexual Functioning of People with Rheumatoid Arthritis: A Multicenter Study”. *Clinical Rheumatology*, v. 26, p. 30-38, 2007.
37. Ahmed M. Abdel-Nasser e Essam I. Ali, “Determinants of Sexual Disability and Dissatisfaction in Female Patients with Rheumatoid Arthritis”. *Clinical Rheumatology*, v. 25, p. 822-30, 2006.
38. Monika Ostensen, “New Insights into Sexual Functioning and Fertility in Rheumatic Diseases”. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, v. 18, p. 219-32, 2004.
39. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, “Contraception, Disability and Illness, Female Contraceptive and Reproductive Issues: Rheumatoid Arthritis”, 2009 *apud OBOS*, 2011.
40. Suzanne C. Smeltzer e Nancy C. Sharts-Hopko, A Provider’s Guide for the Care of Women with Physical Disabilities and Chronic Medical Conditions. Chapel Hill: *North Carolina Office on Disability and Health*, 2005. Disponível em: https://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/other-resources/NCODH_ProvidersGuide.pdf
41. Monika Ostensen, “New Insights into Sexual Functioning and Fertility in Rheumatic Diseases”. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, v. 18, 2004, p. 219-32.
42. Antonio G. Tristano, “The Impact of Rheumatic Diseases on Sexual Function”. *Rheumatology*, v. 29, 2009, p. 853-60.
43. Michelle Petri *et al.*, “Combined Oral Contraceptives in Women with Systemic Lupus Erythematosus”. *New England Journal of Medicine*, v. 353, p. 2550-58, 2000.
44. Jill P. Buyon *et al.*, “The Effect of Combined Estrogen and Progesterone Hormone Replacement Therapy on Disease Activity in Systemic Lupus Erythematosus: A Randomized Trial”. *Annals of Internal Medicine*, v. 142, p. 753-62, 2005.
45. A. J. McDougall e J. G. McLeod, “Autonomic Nervous System Function in Multiple Sclerosis”. *Journal of Neurological Science*, v. 215, n. 1-2, p. 79-85, 2003.
46. Suzanne C. Smeltzer e Nancy C. Sharts-Hopko, A Provider’s Guide for the Care of Women with Physical Disabilities and Chronic Medical Conditions. *North Carolina Office on Disability*

- and Health*, 2005. Disponível em: https://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/other-resources/NCODH_ProvidersGuide.pdf
47. Ver nota 40.
 48. Antti Koivusalo *et al.*, “Sexual Functions in Adulthood After Restorative Proctocolectomy for Pediatric Onset Ulcerative Colitis”. *Pediatric Surgery International*, v. 25, n. 10, p. 881-84, 2009.
 49. Kimberly Perez, Meghana Gadgil e Don S. Dizon, “Sexual Ramifications of Medical Illness”. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 52, n. 4, p. 6691-6701, 2009.
 50. Fin Biering-Sørensen *et al.*, “Sexual Function in Patients with Spinal Cord Injuries”. *Ugeskrift for Læger*, v. 164, n. 41, p. 4764-68, 2002.
 51. Barry R. Komisaruk *et al.*, “Brain Activation During Vaginal Self-Stimulation and Orgasm in Women with Complete Spinal Cord Injury”. *Brain Research*, v. 1024, p. 77-88, 2004.
 52. Peter Rees, Clare Fowler e Cornelis Maas, “Sexual Dysfunction in Neurological Disorders”. *Lancet*, v. 369, p. 512-25, 2006.
 53. Leonardo Pereira, “Obstetric Management of the Patient with Spinal Cord Injury”. *Obstetrical and Gynecological Survey*, v. 58, n. 10, p. 678-87, 2003.
 54. Wendy M. Helkowski *et al.*, “Autonomic Dysreflexia: Incidence in Persons with Neurologically Complete and Incomplete Tetraplegia”. *Journal of Spinal Cord Medicine*, v. 26, n. 3, p. 244-47, 2003.
 55. Gay Pasley Earl, “Autonomic Dysreflexia”. *American Journal of Maternal Child Nursing*, v. 27, n. 2, p. 93-97, 2002; Suzanne C. Smeltzer e Nancy C. Sharts-Hopko, A Provider’s Guide for the Care of Women with Physical Disabilities and Chronic Medical Conditions. *North Carolina Office on Disability and Health*, 2005. Disponível em: https://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/other-resources/NCODH_ProvidersGuide.pdf
 56. International Planned Parenthood Federation, IMAP Statement on Contraception for Women with Medical Disorders, 1999 *apud* OBOS, 2011.
 57. Gülümser Aydın *et al.*, “Relationship Between Sexual Dysfunction and Psychiatric Status in Premenopausal Women with Fibromyalgia”. *Urology*, v. 67, p. 156-161, 2006.
 58. Antonio G. Tristano, “The Impact of Rheumatic Diseases on Sexual Function”. *Rheumatology*, v. 29, p. 853-60, 2009.
 59. Barry Komisaruk e Beverly Whipple, “Suppression of Pain by Genital Stimulation in Females”. *Annual Review of Sex Research*, v. 5, n. 1, 1995.
 60. Athanasios Manolis e Michael Doumas, “Sexual Dysfunction: The ‘Prima Ballerina’ of Hypertension-Related Quality-of-Life Complications”. *Journal of Hypertension*, v. 26, n. 11, p. 2074-84, 2005; Sidney H. Kennedy e Sakina Rizvi, “Sexual Dysfunction, Depression, and the Impact of Antidepressants”. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 29, n. 2, p. 157-164, 2009; April Saval e Anthony E. Chiodo, “Sexual Dysfunction Associated with Intrathecal Baclofen Use: A Report of Two Cases”. *Journal of Spinal Cord Medicine*, v. 31, p. 103-05, 2008; Cynthia L. Harden, “Sexuality in Men and Women with Epilepsy”. *CNS Spectrums*, v. 11, n. 9, p. 13-

- 18, 2006; E. R. Schwarz e J. Rodriguez, "Sex and the Heart". *International Journal of Impotence Research*, v. 17, n. 1, p. S4-6, 2005. (Este artigo faz referência a problemas de ereção masculinos principalmente).
61. Suzanne C. Smeltzer e Nancy C. Sharts-Hopko, A Provider's Guide for the Care of Women with Physical Disabilities and Chronic Medical Conditions. *North Carolina Office on Disability and Health*, 2005. Disponível em: https://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/other-resources/NCODH_ProvidersGuide.pdf
62. Judith Hsia *et al.*, "Estrogen Plus Progestin and the Risk of Peripheral Arterial Disease: The Women's Health Initiative". *Circulation*, v. 109, p. 620-26, 2004.
63. David M. Plourd e William F. Rayburn, "New Contraceptive Methods". *Journal of Reproductive Medicine*, v. 9, p. 665-71, 2003.
64. Monika Ostensen, "New Insights into Sexual Functioning and Fertility in Rheumatic Diseases". *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, v. 18, p. 219-32, 2004.

PARTE 3

Saúde Sexual & Escolhas Reprodutivas





MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

PARA QUE possamos escolher quais experiências queremos viver e quando desejamos vivê-las, é essencial que sejamos capazes de prevenir a gravidez, caso tenhamos relações com esse risco. Nesse sentido, o acesso a métodos contraceptivos, em particular à pílula anticoncepcional, permitiu que mulheres de todos os lugares do mundo pudessem buscar qualificação profissional, ir atrás de sonhos e alcançar relações mais igualitárias. A conquista dessa liberdade marcou nossas histórias tanto quanto o planejamento reprodutivo vem marcando nossas biografias.

A maioria de nós deseja ter acesso a métodos contraceptivos eficazes e seguros, fáceis de usar e que nos protejam contra infecções sexualmente transmissíveis. Infelizmente, o método perfeito não existe, mas avanços na tecnologia contraceptiva criaram mais possibilidades de escolha, aumentando as chances de encontrarmos uma opção que satisfaça nossas necessidades individuais.

ALGUNS OBSTÁCULOS NA OBTENÇÃO E NO USO CORRETO DOS CONTRACEPTIVOS

Como mencionado, os métodos contraceptivos permitiram que planejássemos nossa vida com mais liberdade. Apesar disso, diversos fatores ainda desestimulam seu uso. Às vezes, não os utilizamos por vergonha, medo ou por causa de fatores sociais e políticos, como uma educação sexual precária, ou devido a pensamentos machistas ainda presentes em nossa sociedade. Além disso, tanto leis quanto práticas médicas e políticas públicas contrárias à discussão ampla sobre sexualidade continuam dificultando a divulgação de serviços e informações precisas sobre os diversos métodos existentes. Assim, é possível destacar alguns motivos que podem nos levar a evitar utilizar métodos contraceptivos, como os apresentados a seguir.

- Vergonha e confusão em relação a nossa sexualidade. Muitas vezes não conseguimos admitir que seremos ou somos sexualmente ativas, talvez porque sentimos – ou porque as pessoas nos dizem – que isso é errado.
- Vergonha do nosso corpo e órgãos genitais e falta de confiança ou abertura de falar sobre o assunto com pessoas próximas e/ou com profissionais de saúde.

- Visão extremamente romantizada sobre sexo, que “deve” ser apaixonado e espontâneo. Nesse contexto, o contraceptivo parece muito premeditado, clínico ou conturbado.
- Receio em “incomodar” nossas parcerias sexuais. Esse medo de desagradá-las pode ser um indicativo da desigualdade de poder no relacionamento.
- Negação: “Isso não vai acontecer comigo, não vou engravidar”.
- Medo ou receio de procurar profissionais de saúde, pois alguns podem agir com pressa, impessoalidade, hostilidade. Sobretudo, se formos jovens e/ou solteiras – podemos temer seu julgamento, moralização, desaprovação ou que contem a nossos pais e/ou responsáveis.
- Desconhecimento sobre o método que estamos usando e, por isso, começamos a utilizá-lo de forma desleixada. Além disso, muitas vezes, não nos são oferecidos outros métodos para uma escolha informada.
- Desejo de engravidar, mas sem refletir a respeito. Com frequência, deixamos de usar métodos contraceptivos para engravidar sem saber ao certo o que esperar de uma gestação, que, algumas vezes, pode ser fruto de relações conturbadas e até violentas.

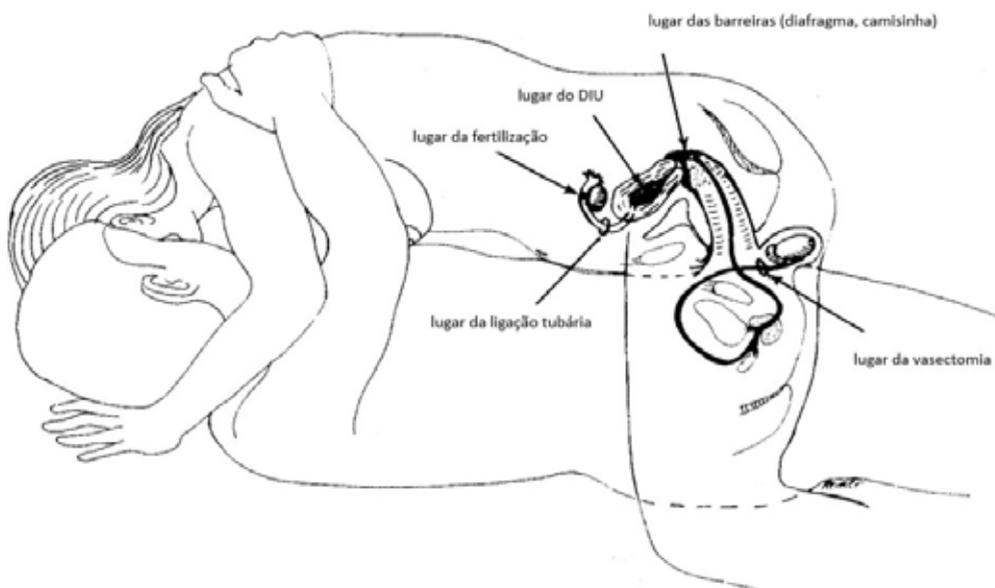


Figura 1 – Métodos contraceptivos. © Nina Reimer.

O QUE PODEMOS FAZER?

Para não passar pelas situações descritas, podemos tomar diversas decisões. Em primeiro lugar, podemos nos informar sobre os diversos métodos contraceptivos existentes e orientar outras mulheres sobre os métodos disponíveis hoje – conversar aberta-

mente e compartilhar experiências e conhecimentos pode nos ajudar a encontrar um método que funcione melhor. Para isso, podemos começar o processo conversando com a pessoa com a qual nos relacionamos, encorajando-a a compartilhar as responsabilidades conosco. Especialmente quando estamos nos relacionando sexualmente com homens, pois é sempre bom lembrá-los de que eles são férteis todos os dias e que a maioria das mulheres é fértil alguns dias por mês. Em seguida, podemos nos unir, ultrapassando fronteiras estaduais e nacionais, para reivindicar que o legislativo, o judiciário, escolas, igrejas, mães, pais, médicas, médicos, projetos de pesquisa, clínicas e empresas farmacêuticas alterem suas práticas e atitudes para que possamos aproveitar nossa sexualidade com plena compreensão acerca de nossas chances de engravidar. Além disso, podemos criar instituições participativas de cuidados com a saúde nas quais nossas demandas por informação, discussão e apoio sejam atendidas de modo que possamos tomar a melhor decisão acerca dos métodos contraceptivos.

Também temos a opção de frequentar clínicas e unidades de saúde existentes em nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e buscar cartilhas e materiais nas redes sociais e instituições que sejam referência no assunto. Lutar por condições de moradia, emprego e creches também está relacionado a nossos direitos reprodutivos. De modo semelhante, é importante insistir para que métodos contraceptivos estejam disponíveis para atender às necessidades de todas as pessoas, combatendo as desigualdades de acesso vividas por mulheres negras, com deficiência, que vivem em situação de pobreza. Por fim, podemos agir juntas para que todas tenhamos liberdade de escolha e autonomia garantidas.

UMA BREVE HISTÓRIA: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Compreender a história da luta por métodos contraceptivos e direitos reprodutivos pode nos ajudar a defender, hoje em dia, nossos direitos. No Brasil, essa história é marcada por uma atuação quase inexistente do setor público no campo do planejamento reprodutivo até a década de 1980.

Nos anos 1960, quando a pílula anticoncepcional ganhou maior visibilidade e passou a estar mais disponível, diversas entidades de caráter privado, financiadas por agências internacionais voltadas para o controle da natalidade, iniciaram sua atuação no Brasil. Nesse período, o enfoque da assistência pública à saúde no campo dos direitos reprodutivos se restringia ao acompanhamento e aos cuidados diretamente relacionados à gravidez.

Os anos 1980 foram marcados pela luta ao retorno da democracia, reforçando-se as reivindicações do movimento feminista em relação à melhoria das políticas de

saúde, especialmente ao acesso às informações e aos meios para o pleno exercício dos direitos reprodutivos. A discussão sobre a regulação da fecundidade se ampliou, ingressando na agenda da saúde e dos direitos humanos.

Essa mudança proporcionou a criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa constituiu um marco histórico, pois incorporou o ideário feminista na atenção à saúde da mulher ao propor uma abordagem global em todas as fases do seu ciclo de vida e ao tratar a mulher para além da reprodução. Entretanto, enfrentou dificuldades políticas, financeiras e operacionais para sua implementação, as quais impediram que se concretizasse de forma efetiva no cotidiano da atenção à saúde da mulher.

A nova Constituição Federal de 1988 permitiu diversos avanços significativos na construção de uma política nacional de direitos sexuais e reprodutivos, garantindo, através do SUS, uma atenção integral à saúde com assistência à concepção e à contracepção. Os avanços continuaram e, em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que permitiu que fossem colocadas em prática ações de saúde com a finalidade de contribuir para a garantia dos direitos humanos e para a redução de mortes preveníveis e evitáveis.

DUPLA PROTEÇÃO: PROTEGENDO-SE CONTRA GRAVIDEZ E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Embora sejam eficazes na prevenção da gravidez, a maioria dos métodos contraceptivos não oferece proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST). Trataremos, a seguir, dos métodos que oferecem o que chamamos de dupla proteção, isto é, que evitam que passemos por uma gravidez indesejada e que nos protegem contra IST ao mesmo tempo. Uma forma eficiente de obter essa dupla proteção é utilizar camisinha sempre que fizer sexo com penetração de pênis em vagina.

Muitos casais iniciam as relações usando camisinha e, depois de certo tempo, quando sentem confiança, deixam de utilizá-la. No entanto, caso você ou alguém com quem você se relaciona já tenha estado com outra pessoa, existe a possibilidade de um dos dois portar uma IST sem saber. Por exemplo, metade das pessoas que têm clamídia não apresenta sintomas; além disso, outras IST podem causar sintomas pouco perceptíveis ou permanecer sem manifestação alguma durante muito tempo. Apesar disso, ainda são transmissíveis quando um método de barreira não é empregado. Por isso, a conversa franca entre as pessoas que são parceiras sexuais permite que os métodos escolhidos levem em consideração os riscos individuais de contato com IST.

ESCOLHENDO UM MÉTODO CONTRACEPTIVO

Para encontrar o melhor método contraceptivo, você não precisa necessariamente consultar pessoas profissionais de saúde. Praticamente todos os métodos contraceptivos são vendidos sem receita médica, e existem diversas fontes seguras, como o blog de saúde do SUS, sites, livros e grupos de redes sociais que comparam os métodos, falam sobre os seus efeitos adversos, riscos e benefícios. Essas fontes podem ajudar na escolha do melhor método de acordo com as suas necessidades.

No entanto, se quiser utilizar um método contraceptivo diferente daqueles que podem ser conseguidos sem receita médica ou se precisar tirar alguma dúvida, tente agendar uma consulta. Muitas vezes, pode ser desafiador encontrar profissionais de saúde na sua Unidade Básica de Saúde (UBS), pelo convênio ou até de modo particular. Além da dificuldade de encontrar pessoas que sejam profissionais de confiança, podem existir outros entraves, como: consultas demasiado breves, em que não conseguimos tirar todas as nossas dúvidas; dificuldade de conseguir DIU, diafragma ou cirurgia esterilizante; necessidade de se adequar à organização do serviço, como ter de frequentar grupos de planejamento familiar na UBS para ter acesso a alguns métodos.

Durante a consulta, é muito importante que a pessoa profissional de saúde não apenas fale, mas também escute o que você tem a dizer sobre suas expectativas e experiências prévias. Além disso, deve fazer um exame físico se for necessário, conversar sobre o seu histórico médico pessoal e familiar e discutir sobre quais métodos podem ser melhores para você – em alguns casos, para encontrar aquele ao qual você se adapte melhor, pode ser necessário trocar de método ou marca do produto algumas vezes. Se não for possível estabelecer esse diálogo, procure profissionais com quem você consiga conversar efetivamente. Também é importante lembrar que, embora essa pessoa possa oferecer conselhos úteis sobre os métodos contraceptivos mais interessantes levando em consideração o seu contexto, a escolha final é sua.

Um dos lugares que recomendamos como opção para você buscar atendimento é o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde¹, que disponibiliza consultas individuais e coletivas de contracepção, com foco na pessoa, e oferece muita escuta e respeito. Nesse espaço, você pode ter a oportunidade de conhecer métodos contraceptivos diversos, inclusive não hormonais, livres da influência da indústria farmacêutica.

COMO DECIDIR O QUE É MELHOR PARA MIM

Como não existe um método contraceptivo perfeito e adequado para todas as pessoas, você precisa levar em consideração suas próprias necessidades e prioridades. No momento de escolher um método, os principais fatores a serem considerados se relacionam com segurança e eficácia; assim, é preciso avaliar se você está disposta a

arriscar uma gravidez não planejada, lidar com potenciais efeitos colaterais, aprender sobre como o método é utilizado, etc. Além disso, a decisão também vai depender do tipo de relacionamento em que você está e da sua condição financeira. Há, ainda, outras questões importantes a serem consideradas no momento de escolher o método contraceptivo, principalmente se você apresentar problemas médicos, doenças crônicas ou deficiências.

A seguir, elencamos algumas perguntas que podem ajudá-la na hora de refletir e tomar sua decisão:

- Estou pronta para (ou interessada em) ter relações sexuais neste momento da minha vida ou nesta fase do meu relacionamento?
- De acordo com o meu estilo de vida, quais características estou procurando em um método contraceptivo? Posso confiar em mim mesma e usar um método do qual eu tenha que me lembrar todos os dias, todas as semanas ou toda vez que tiver uma relação sexual?
- Qual será o envolvimento da minha parceria nessa decisão ou na utilização do método?
- Quão seguro é esse método para mim e para a minha parceria? Tenho alguma razão médica ou outro motivo para não o utilizar?
- Quais são os potenciais efeitos colaterais e riscos desse método? Posso aceitá-los?
- Qual é a eficácia desse método na prevenção da gravidez? Quais seriam as consequências de uma gravidez em minha vida?
- Quão eficaz é esse método na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?
- Quais são os benefícios não contraceptivos desse método? Pode reduzir cólicas menstruais ou me ajudar de alguma outra forma?
- Quanto custará? Terei dinheiro para comprá-lo sempre?
- Quais são os meus planos para criar uma família? Estou usando métodos contraceptivos para adiar a gravidez? Não quero engravidar? Estou escolhendo nunca ter filhas ou filhos?

Para adolescentes

Se você é adolescente, talvez queira esperar para começar a ter relações sexuais por inúmeras razões ou, então, pode apenas querer adiar os tipos de sexo que apresentam risco de gravidez. Caso tenha escolhido fazer sexo com penetração pênis-vagina, mas não quer engravidar, é importante usar um método contraceptivo. Orientamos que pesquise antes sobre cada método, tire dúvidas e tome decisões quando se sentir segura. Você pode, por exemplo, ler este livro, conversar com amigas e adultos responsáveis e visitar sites voltados para a sexualidade adolescente antes de tomar decisões saudáveis sobre quando e com quem fazer sexo, assim como aprender a se proteger caso decida se tornar sexualmente ativa.

Depois de se informar, escolha um método contraceptivo e comece a usá-lo antes de sua primeira relação sexual. Caso tenha optado pela camisinha, carregue-a com você. Se houver uma UBS por perto, você pode conversar com uma pessoa profissional de saúde ou procurar alguém com quem se identifique para tirar dúvidas. Se não conhece nenhuma UBS perto de onde mora, procure no site da prefeitura de sua cidade.

Você não precisa da permissão de seus pais ou de um responsável para marcar uma consulta ou obter métodos contraceptivos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura direitos fundamentais para as adolescentes, como a privacidade, preservação do sigilo e consentimento informado; além disso, garante a obrigatoriedade de que a adolescente seja ouvida e decida sobre todos os assuntos que podem afetar a sua vida.

Outra questão que facilita o acesso à contracepção no Brasil é o fato de você poder comprar, independentemente de sua idade, métodos contraceptivos seguros e eficazes na maioria das farmácias. O preservativo peniano (camisinha), por exemplo, é vendido a um preço baixo e também é distribuído gratuitamente de forma sistemática desde 1994 em UBS e em alguns pontos estratégicos das cidades. O Disque Saúde – 0800 61 1997 – presta informações sobre os locais de distribuição, e a ligação é gratuita. Caso você não esteja usando nenhum método contraceptivo e tenha feito sexo sem proteção nos últimos cinco dias, pode utilizar a contracepção de emergência para prevenir a gravidez. Para mais informações sobre esse assunto, veja a explicação ao final deste capítulo.

EFICÁCIA E SEGURANÇA

A eficácia dos métodos contraceptivos

Apesar de muitos fatores estarem envolvidos na escolha de um método contraceptivo, um dos mais importantes é saber sobre sua eficácia em prevenir a gravidez. A eficácia é medida em relação à probabilidade de que uma gravidez não planejada ocorra durante o primeiro ano de uso. A eficácia, em geral, é medida por meio de dois indicativos: o uso perfeito, que reflete a eficácia do método quando usado exatamente como indicado, com perfeita consistência; e o uso típico, que é a eficácia do método quando usado por pessoas reais, que podem utilizá-lo de maneira incorreta e inconsistente. Vamos usar como exemplo a pílula anticoncepcional, que apresenta um índice de eficácia de 99,7% (em uso perfeito), o que significa que a cada 100 mulheres que tomam a pílula, no período de um ano, menos de uma fica grávida. No entanto, no uso típico, quando uma mulher esquece de tomar a pílula ou não consegue obter as cartelas a tempo, sua eficácia diminui para 92%, o que significa que, em cada 100 mulheres, cerca de oito engravidarão em um ano.

Ao escolher o método contraceptivo, é importante levar em consideração que nenhum é 100% eficaz e pode falhar mesmo se usado adequadamente (com perfeita

consistência). Pessoas que não desejam engravidar podem diminuir os riscos de falha utilizando dois métodos ao mesmo tempo, desde que eles sejam compatíveis. Assim, em uma eventual falha de um dos métodos, a segurança fica resguardada pelo segundo. Falaremos sobre combinações possíveis ao abordar cada método individualmente ao longo do capítulo.

Tabela 1 – Eficácia dos métodos contraceptivos. Fonte: OMS²

ANTICONCEPCIONAL	USO		
	Perfeito ou correto	Habitual ou comum	Continuidade (%)
Muito efetivos			
Implante	0,05	0,05	78
Vasectomia	0,1	0,15	100
Sistema intrauterino de LNG	0,2	0,2	81
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
DIU de cobre	0,6	0,8	78
Efetivos			
Lactação e amenorreia	0,9	2,0	(*)
Injetáveis mensais	0,3	3	56
Pílulas combinadas	0,3	3	68
Pílulas de progestina	0,3	3	68
Anel vaginal	0,3	3	68
Adesivo	0,3	3	68
Moderadamente efetivos			
Preservativo masculino	2	16,0	53
Abstinência em períodos férteis	2 a 5	(*)	51
Diafragma com espermicida	6	16	(*)
Pouco efetivos			
Coito interrompido	4	27	42
Espermicida isolado	18	29	

PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE: CONTRAINDICAÇÕES E EFEITOS COLATERAIS

Em geral, os métodos contraceptivos são seguros para mulheres saudáveis em idade reprodutiva. Contudo, alguns métodos apresentam riscos à saúde de mulheres que têm alguma condição médica particular.

Ao considerar um método específico, é importante pesquisar tanto as contraindicações quanto os efeitos colaterais. Contraindicações são condições físicas ou circunstanciais que tornam o método uma escolha ruim ou perigosa para uma mulher em particular, pois aumentam suas chances de ter um problema de saúde sério. Por exemplo, as pílulas anticoncepcionais são contraindicadas para mulheres fumantes com mais de 35 anos, pois aumentam o risco de desenvolvimento de coágulo sanguíneo, que pode desencadear um ataque cardíaco ou derrame. Outro exemplo é a contraindicação do uso de qualquer método contraceptivo hormonal para mulheres que tenham câncer de mama.

Por sua vez, os efeitos colaterais são as mudanças que podem acontecer em decorrência do uso de uma medicação ou dispositivo específicos. Eles podem ser leves ou graves e variar bastante, mas também é possível que uma pessoa não apresente efeito colateral algum. Os possíveis efeitos indesejáveis de um método hormonal, por exemplo, incluem alterações no padrão de sangramento, sensibilidade nas mamas e leves dores de cabeça. No caso dos métodos de barreira, o efeito colateral pode ser o aumento de infecções do trato urinário, reações alérgicas ou irritação local. Alguns efeitos colaterais desaparecem após um curto período, mas outros permanecem durante todo o tempo em que o método contraceptivo estiver sendo usado. Para a maioria das mulheres, as experiências negativas com métodos contraceptivos ocorrem por causa dos efeitos colaterais, e não por causa das contraindicações. Algo a ter em mente ao escolher o método é que produtos contraceptivos novos ainda não foram amplamente testados – como aqueles que têm sido usados por décadas – e, portanto, seus efeitos colaterais e contraindicações ainda podem ser desconhecidos.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é a responsável por aprovar os métodos contraceptivos e outros medicamentos. Para sua disponibilização em farmácias, também é necessária a presença do selo de aprovação do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro). No entanto, pode levar 20 anos ou mais para que algumas complicações relacionadas a medicamentos se manifestem, principalmente aquelas consideradas raras, mas graves. Fabricantes de medicamentos gastam muito dinheiro para promover e comercializar novos métodos com o objetivo de tentar convencer profissionais e consumidoras de que são os melhores, superiores ou mais modernos. Contudo, marcas novas e comercializadas em grande escala não são necessariamente melhores do que métodos antigos e podem apresentar riscos ainda desconhecidos.

MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira impedem a gravidez por meio de um mecanismo que bloqueia o caminho do espermatozoide até o colo do útero. Muitas vezes, são utilizados junto a um espermicida. A eficácia dos métodos de barreira varia muito em função de seu uso correto e consistente. Como não entram na corrente sanguínea e não são usados de maneira contínua, apresentam menos efeitos colaterais que outros métodos. Além disso, camisinhas diminuem a transmissão de IST.

CAMISINHA PENIANA/EXTERNA

A camisinha – também conhecida como preservativo – é uma capa de látex que recobre o pênis ereto e impede que espermatozoides sejam depositados na vagina. É vendida enrolada e armazenada em uma embalagem de alumínio ou plástico, em geral a um preço acessível. Para as pessoas que são sexualmente ativas, as camisinhas oferecem a melhor proteção contra IST e estão disponíveis em diferentes tamanhos, cores e texturas.

Enquanto a maioria das camisinhas vendidas é feita de borracha de látex, algumas são produzidas a partir de um fino material de poliuretano (plástico) ou de poliisopreno. Esses materiais também protegem contra IST e podem proporcionar mais sensibilidade para pessoas que têm dificuldade em manter a ereção quando usam a camisinha convencional; além disso, são uma escolha segura para quem é sensível a látex. Contudo, estouram com mais frequência.

Existem também camisinhas naturais feitas de membrana animal. Elas previnem a gravidez – pois não permitem que o espermatozoide as atravesse –, mas possuem poros que, apesar de microscópicos, são suficientemente grandes para que vírus sejam transmitidos. Dessa forma, esse tipo de camisinha não protege contra algumas IST, como o HIV (do inglês Human Immunodeficiency Virus – vírus da imunodeficiência humana).

O uso de camisinha é uma boa forma de compartilhar com homens e pessoas com pênis a responsabilidade pela contracepção, mas, ainda que muitas pessoas a carreguem, você também pode sempre ter preservativos à mão.

As camisinhas normalmente têm uma data de validade indicada na embalagem que deve ser observada. Se você não tiver certeza da data de validade ou se ela já tiver vencido, jogue a camisinha fora e use uma nova. Em geral, as sem espermicida têm validade de cinco anos, enquanto camisinhas com espermicida (raras no Brasil) têm validade de cerca de dois anos.

Além de prestar atenção à data de validade, também é importante mantê-las em local fresco e seco, nunca usar camisinhas quebradiças, grudentas, danificadas ou descoloridas e jamais reutilizá-las.

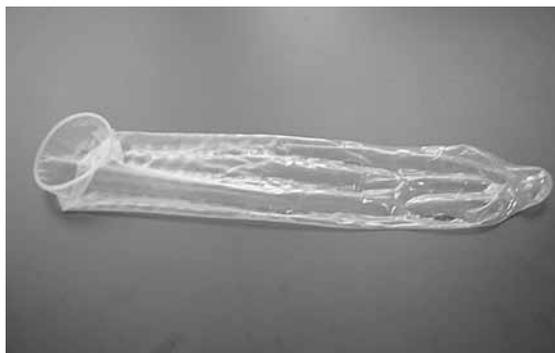


Figura 2 – Camisinha peniana. Cortesia de Ibis Reproductive Health.

Eficácia

Prevenção da gravidez

A eficácia contraceptiva da camisinha varia de 85 a 98% dependendo da forma como for utilizada. Se usadas corretamente em cada ato sexual – do início ao fim –, as camisinhas apresentam uma eficácia de 98% na prevenção da gravidez. Isso significa que, se 100 casais usarem a camisinha de maneira correta todas as vezes que tiverem relações sexuais, durante um ano, duas pessoas ficarão grávidas. Entretanto, na vida real, são comuns problemas como colocar a camisinha de modo incorreto, não usar proteção todas as vezes que fizer sexo, ter contato com a área genital ou com a boca antes de colocar a camisinha, entre outros. Por isso, cerca de uma em cada sete pessoas com útero engravidará após um ano utilizando camisinha.

Algumas camisinhas contêm espermicida em sua composição ou são lubrificadas com essa substância. No entanto, a concentração de espermicida é tão baixa que elas não indicam ser mais eficazes na prevenção de gravidez do que aquelas que não contêm espermicida.

Outros métodos podem ser associados ao uso da camisinha com o objetivo de aumentar a eficácia final, como DIU (dispositivo intrauterino), métodos hormonais, percepção de fertilidade e diafragma.

Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST)

A eficácia da camisinha na prevenção da transmissão de IST – como HIV, clamídia, gonorreia, tricomoníase e hepatite B – é semelhante à taxa de eficácia para a prevenção da gravidez, variando de 80 a 98%. A proteção contra IST que causam feridas genitais – como sífilis, herpes e cancro duro – ou contra o vírus do papiloma humano (HPV) é menor, pois a camisinha não cobre todas as áreas que podem transmitir a infecção, como a vulva e a base do pênis. Apesar disso, esse método oferece a melhor proteção disponível atualmente contra essas infecções.

Vantagens

- Não requer planejamento prévio, consultas médicas ou prescrição.
- É um método barato e de fácil acesso.
- Pode ser carregada com facilidade e discrição por qualquer pessoa.
- É o melhor método, disponível hoje em dia, de proteção contra IST, incluindo o HIV, e também pode ajudar na prevenção do câncer de colo de útero. Por meio da prevenção de IST, a camisinha pode preservar a sua capacidade de engravidar futuramente.
- Permite a participação das pessoas com pênis na prevenção da gravidez e na proteção contra infecções.
- Pode diminuir a ejaculação precoce e prolongar a relação sexual.
- Recolhe o sêmen, de forma que nada escorre da vagina após o sexo.
- Não causa efeitos colaterais.
- Não afeta os ciclos menstruais.

Desvantagens

- Requer uma breve pausa para ser colocada.
- Pode reduzir a sensibilidade.
- Algumas pessoas podem desenvolver alergia ou sensibilidade ao látex (nesse caso, camisinhas feitas de outros materiais podem ser uma opção).

Muitas das desvantagens da camisinha podem ser superadas com prática e experiência ou podem ser solucionadas com a troca da marca ou do tipo de camisinha.

No Brasil, alguns homens cis não utilizam camisinha porque não conseguem manter a ereção durante o seu uso. Primeiramente, devemos pontuar que o grande número de homens que não utiliza camisinha de maneira frequente, ou seja, que não tem o hábito de usá-la, acaba desenvolvendo um estranhamento em relação a esse uso. Em segundo lugar, é importante considerar as concepções de masculinidade dos homens e para quem as suas ações se dirigem. Afinal, por que os homens sentem que devem provar sua masculinidade a cada relação sexual? Conversar sobre situações em que não há ereção contribui para que o homem possa viver sua sexualidade de maneira mais livre, evitando expectativas de desempenho. Pode-se, ainda, experimentar a novidade de cada momento, incluindo o uso do preservativo ou sexo sem penetração.

Como usar

Usar camisinha pode ser divertido para as pessoas quando ela é compreendida como parte do sexo. Por isso, converse sobre esse uso antes de fazer sexo. No momento da relação sexual, tenha por perto mais de uma camisinha, caso a que você for usar esteja rasgada ou danificada, caso você a coloque de maneira errada, tenha rela-

ção sexual repetidas vezes ou mude de sexo anal para vaginal. É importante colocar a camisinha antes de o pênis entrar em contato com sua boca, ânus ou vagina, uma vez que seu parceiro pode liberar algumas gotas de fluido muito antes de ejacular. Embora seja improvável que esse fluido pré-ejaculatório cause uma gravidez, ele pode expô-la ao vírus HIV ou a outros organismos infecciosos.

Assim, para que a camisinha possa proteger de maneira eficaz contra IST e gravidez, deve ser colocada corretamente, como explicado a seguir.

1. Abra a embalagem com cuidado.
2. Desenrole uma pequena porção da camisinha para ter certeza de que a está desenrolando na direção correta. Caso, sem querer, você encoste a parte externa da camisinha na cabeça do pênis, descarte-a e abra uma nova.
3. Aperte a ponta da camisinha, que reterá o esperma, e desenrole-a até a base do pênis ereto e seco. Se você não deixar esse espaço para o esperma, é provável que a camisinha estoure. Se seu parceiro não for circuncidado, puxe o prepúcio do pênis para trás antes de colocar a camisinha. Além disso, é recomendável testar se o preservativo não está “folgado” no pênis.
4. É importante que haja lubrificação suficiente. Se você não usar camisinha lubrificada, utilize lubrificante à base de água para evitar desconfortos ou rompimento da camisinha. Caso esteja usando camisinha de látex, o tipo mais comum, nunca passe vaselina ou outros lubrificantes à base de óleo – como óleos de massagem, bronzeador, creme de mãos ou óleo de bebê –, pois eles podem enfraquecer o látex. Qualquer tipo de lubrificante pode ser utilizado com camisinhas de poliuretano ou poli-isopreno.
5. Logo após ejacular, o pênis deve ser retirado de dentro da vagina enquanto ainda está ereto. Segure a camisinha com firmeza contra a base do pênis para evitar que ela vaze ou escorregue.
6. Confirme se há algum dano visível, como buracos ou rasgos, e, em seguida, embrulhe-a em papel e descarte-a, mas não a jogue no vaso sanitário, pois isso pode causar problemas de encanamento. Como ela não pode ser reutilizada, use uma nova camisinha toda vez que tiver relações sexuais e jogue-a fora após o uso.
7. Se a camisinha estourar, escorregar ou não for usada, converse com seu parceiro sobre a possibilidade de engravidar ou contrair uma infecção. A contracepção de emergência pode ser utilizada após relações sexuais sem proteção para prevenir a gravidez.



Figura 3 – Colocando um preservativo masculino. © Casserine Toussaint.

Preocupações com a saúde

A camisinha é contraindicada somente em caso de alergia ao látex. Inchaço grave ou dificuldade em respirar podem indicar esse tipo de alergia. Nesse caso, consulte imediatamente uma pessoa profissional de saúde.

Além disso, após o uso da camisinha, algumas pessoas desenvolvem uma leve irritação local ou uma erupção cutânea, o que pode ser uma reação ao lubrificante, a espermicida ou perfumes utilizados na camisinha. Nesse caso, procure usar uma marca diferente ou uma camisinha sem lubrificante e, se a reação persistir, tente trocar por uma sem látex.

Onde conseguir camisinha

Você pode encontrar camisinhas de graça nos postos de saúde ou comprá-las em farmácias, supermercados e lojas on-line. Além das UBS, organizações para jovens e programas de prevenção contra HIV oferecem distribuição gratuita de camisinhas. O preço em outros lugares varia de acordo com a marca e a loja. Por isso, compare os valores antes de comprar e lembre-se de que camisinhas de outros materiais são mais caras do que as feitas de látex.

Controlando os problemas

Alguns homens relatam uma diminuição da sensibilidade ao usar camisinha. Nesse caso, é possível usar preservativos mais finos, lubrificantes à base de água (para preservativos de látex) ou óleo vegetal (para preservativos sem látex).

Como o calor pode deteriorá-las, não guarde as camisinhas por mais de um mês dentro da carteira, no bolso ou no carro.

Perguntas frequentes

- **O vírus HIV pode ser transmitido pela camisinha?** Não. Se utilizadas corretamente, camisinhas previnem a propagação do HIV e também de outras IST. Entretanto, não use lubrificante à base de óleo com camisinha de látex,

pois essa substância pode causar o rompimento do látex e, conseqüentemente, a passagem do HIV.

- **A camisinha faz com que o sexo seja menos prazeroso?** Isso varia de pessoa para pessoa. Algumas pessoas não gostam de usá-la, pois pode interromper a espontaneidade e, para uma minoria, diminuir a sensibilidade. No entanto, a camisinha também pode ter efeitos positivos. Por exemplo, as duas pessoas podem aproveitar mais o sexo se não tiverem que se preocupar em engravidar ou contrair uma IST. Além disso, essa pausa para a colocação da camisinha pode ser ressignificada como um momento de diversão e prazer. Usar camisinha também pode prolongar a ereção e melhorar a comunicação sexual. Além disso, é um método mais democrático, pois ambos a sentem.
- **As camisinhas servem em todos os tamanhos de pênis?** Algumas pessoas acreditam que as camisinhas são muito pequenas ou apertadas para elas. No entanto, todas as camisinhas podem ser esticadas e acomodar diversos tamanhos. Para as pessoas que se sentem desconfortáveis, existem tamanhos maiores de camisinha.
- **A camisinha rompe com frequência durante a relação sexual?** O rompimento de camisinhas é algo relativamente raro, mas a falta de experiência pode aumentar a chance de uso incorreto e de rompimento mais frequente. Para evitar que isso ocorra, use lubrificantes à base de água ou silicone e verifique se a camisinha está corretamente inserida. Ela também tem maior chance de romper se estiver vencida; por isso, confira sua data de validade na embalagem.
- **A camisinha precisa ser utilizada também durante os sexos oral e anal para proteger contra IST?** Sim. As IST podem ser transmitidas de uma pessoa para a outra durante o sexo oral, vaginal e anal. Portanto, a camisinha pode e deve ser usada durante qualquer um desses atos sexuais para proteger contra IST. O sexo anal, em especial, é uma atividade de alto risco de transmissão de infecções – maior que o sexo vaginal ou oral –, pois a mucosa do ânus produz fissuras mais facilmente, oferecendo um acesso fácil para que micro-organismos entrem no sangue. Nesse caso, é recomendável utilizar lubrificante extra e uma camisinha resistente, preferencialmente de látex.

CAMISINHA VAGINAL/INTERNA

A camisinha (ou preservativo) vaginal é semelhante a um pequeno saco plástico que é inserido na vagina antes da relação sexual e tem a função de prevenir a gravidez e de reduzir o risco de infecções sexualmente transmissíveis. É composta por uma fina cobertura feita de polímero de nitrila e possui um anel macio em cada extremidade. Um dos anéis, revestido de poliuretano, é posicionado no colo do útero e fixado atrás do osso púbico, funcionando como uma âncora. O anel externo, maior e vazado, cobre parte do períneo e dos lábios internos e externos da vulva.



Figura 4 – Camisinha vaginal. Cortesia de The Female Health Company.

Assim como a peniana, a camisinha vaginal está disponível no balcão dos postos de saúde e de qualquer farmácia e não precisa de receita médica. Como não é feita de látex, não se deteriora quando usada com lubrificantes à base de óleo ou mesmo óleos vegetais, como o óleo de coco ou o de gergelim. Pode ser colocada antes da relação sexual, mas deve ser removida logo em seguida.

A camisinha geralmente é pré-lubrificada com lubrificante à base de silicone e não contém espermicida nem requer um posicionamento preciso sobre o colo do útero. Além disso, o anel externo que recobre parte da vulva pode proporcionar prazer extra ao estimular o clitóris. Outra vantagem é que a camisinha vaginal pode dar maior autonomia às mulheres que estão em relacionamentos heterossexuais, especialmente quando o homem se recusa ou não gosta de usar camisinhas penianas.

Camisinhas penianas e vaginais não devem ser usadas ao mesmo tempo, pois o atrito entre as duas pode fazer com que se rompam. Assim como a peniana, a camisinha vaginal não deve continuar sendo usada após uma ejaculação peniana.

Eficácia

A camisinha vaginal é 95% eficaz na prevenção da gravidez quando usada de forma consistente e correta. Com uso típico, sua eficácia é de 79%. Caso uma eficácia mais alta seja desejada, pode-se combinar a camisinha com métodos hormonais, DIU de cobre ou percepção de fertilidade.

Proteção contra IST

Embora a pesquisa sobre camisinhas vaginais não seja tão extensa quanto a pesquisa sobre as penianas, seu uso correto e consistente pode fornecer um nível de proteção contra IST parecido com o da camisinha peniana. Acredita-se que a cobertura de parte da vulva feita pelo anel externo possa aumentar a proteção contra herpes e HPV, mas mais estudos são necessários para confirmar essa hipótese.

Vantagens

- Não requer planejamento prévio, consultas médicas ou prescrição.
- Proporciona proteção contra IST, incluindo HIV.
- Não é preciso confiar em uma pessoa com pênis para usá-la.
- Oferece uma cobertura maior do que a camisinha peniana: protege os lábios da vulva, a região perineal e a base do pênis, o que pode diminuir as chances de transmissão de vírus que causam verrugas genitais e herpes.
- O anel externo pode estimular o clitóris e tornar a relação sexual mais prazerosa.
- Pode ajudar sua usuária a conhecer melhor o seu corpo – é, portanto, uma oportunidade de autoconhecimento.
- Pode ser colocada até oito horas antes do início da relação.
- Não causa efeitos colaterais.
- Não afeta os ciclos menstruais.

Desvantagens

- Não é tão eficaz na prevenção da gravidez quanto métodos hormonais ou de longa duração.
- Requer uma breve pausa para ser colocada (mas também é possível colocá-la antes do encontro sexual se for de preferência da pessoa).
- Pode exigir mais prática e conhecimento do próprio corpo antes de a inserção se tornar fácil.
- Algumas pessoas com vagina acham que os anéis causam desconforto.

Como usar

Usar a camisinha vaginal pode ser divertido para as duas pessoas quando é compreendida como parte do sexo. Portanto, converse sobre o uso da camisinha antes de fazer sexo e coloque-a antes de ter qualquer contato genital. Além disso, usá-la é uma oportunidade de experimentar e explorar seu corpo. Assim como a camisinha peniana, a vaginal, para que possa proteger de maneira eficaz contra IST e gravidez, deve ser colocada corretamente, como explicado a seguir.

1. Abra com cuidado a embalagem e encontre o anel interno (menor), localizado na extremidade fechada da camisinha. Pressione-o e empurre-o para dentro da vagina com o dedo. O anel externo deve ficar fora da vagina.
2. Quando o pênis da pessoa com quem você estiver fazendo sexo estiver duro, você deverá guiá-lo através do anel externo para garantir que não seja empurrado para o lado da vagina. Se você achar que o anel externo está sendo empurrado para dentro da vagina durante a relação sexual, adicione mais lubrificação no interior da camisinha ou no pênis. Você pode usar qualquer tipo de lubrificante à base de água ou óleo com a camisinha vaginal.

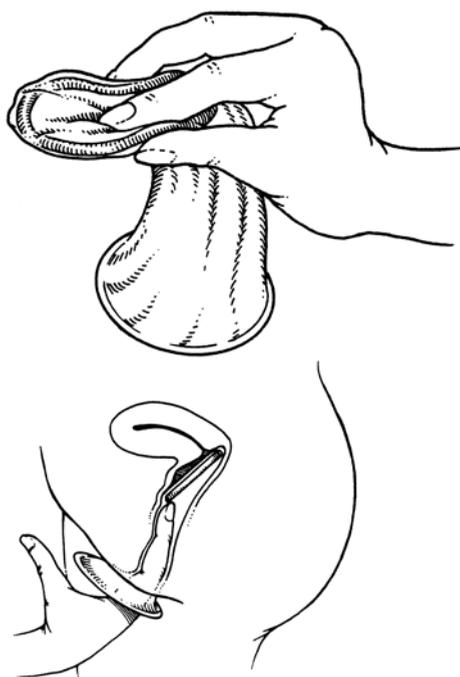


Figura 5 – Como colocar a camisinha vaginal. © The Female Health Company.

3. Depois do sexo, retire a camisinha (se você estiver deitada, faça isso antes de se levantar). Aperte e gire o anel externo para manter o esperma dentro da camisinha, que deverá sair facilmente ao ser puxada. Depois de removê-la, descarte-a no lixo.

Perguntas frequentes

- A camisinha vaginal existe em diferentes tamanhos? Precisa ser ajustada? Não, a camisinha não precisa ser ajustada. Ela vem em um único tamanho, feito para servir na maioria das pessoas com vagina.
- A camisinha vaginal pode ser usada junto a camisinhas penianas? Não. As camisinhas não devem ser usadas juntas, porque a fricção adicional entre elas pode fazer com que se rompam.
- A camisinha vaginal é tão efetiva quanto a peniana? Sim, tem eficácia similar.
- Espermicidas e lubrificantes podem ser usados com a camisinha vaginal? Sim. É perfeitamente seguro e efetivo usar a camisinha com espermicidas e todos os tipos de lubrificantes (à base de óleo, silicone ou água).³

DIAFRAGMA

O diafragma é um método de barreira de silicone em formato de cúpula; assemelha-se a um capuz que se encaixa na vagina para cobrir o colo do útero e para evitar

que os espermatozoides passem pelo orifício do colo do útero. Embora os diafragmas não apresentem efeitos colaterais sistêmicos como os da pílula, não são tão eficazes na prevenção da gravidez – o ideal é associá-los a outro método para evitar uma gravidez não planejada de forma mais segura.

Eficácia

Em seu uso perfeito, o diafragma tem uma eficácia de 94%. Em uso típico, sua eficácia é de 84%.

Vantagens

- Pode ser colocado horas antes do sexo.
- Pode ajudar a usuária a conhecer melhor seu próprio corpo.
- Não afeta os ciclos menstruais.
- Pode ser usado para várias relações sexuais – basta reaplicar o espermicida caso o esteja usando.
- Pode ser usado durante a menstruação.
- Tem efeitos colaterais mínimos.
- É um método que, se a usuária quiser, pode ser sigiloso.

Desvantagens

- Não proporciona proteção contra IST/HIV.
- Tem baixa eficácia se comparado a outros métodos, como camisinha, pílula e DIU.
- Requer que uma pessoa capacitada faça uma medição.
- Nem sempre está disponível nos postos de saúde.
- Nem sempre pessoas profissionais de saúde sabem medi-lo.
- Precisa de nova medição caso se perca/ganhe muito peso ou depois de gravidez ou parto.
- Pode aumentar o risco de infecções urinárias caso aperte a uretra (canal da urina).

O espermicida – que, se usado com outro método, aumenta sua eficácia – foi proibido no Brasil durante algum tempo. Atualmente, sua venda é permitida, mas é preciso ter cautela: ao usá-lo, algumas pessoas podem desenvolver alergias ou inflamações da mucosa vaginal, o que pode aumentar a transmissão de IST. Considerando esse risco, é importante ponderar sobre o uso de espermicidas, especialmente com parcerias casuais. Para aumentar a eficácia do método, é recomendado o uso de espermicida e sua reaplicação a cada nova relação sexual com o mesmo diafragma. Porém, caso as relações sexuais sejam com parcerias casuais, recomendamos o uso de diafragma sem espermicida combinado com o uso de camisinha para aumento de eficácia e prevenção contra IST.

Como usar

Antes de ter relações sexuais, pratique a inserção e a remoção do seu diafragma para torná-las mais fáceis. Você pode colocar o diafragma em qualquer momento no período de seis horas antes da relação sexual ou do contato da vagina com o pênis. Se passarem mais de seis horas, insira um aplicador cheio de espermicida na sua vagina ou remova o diafragma, lave-o e recomece o processo. Nas primeiras vezes que inserir o diafragma, observe se seu colo do útero está coberto. É importante que isso seja checado durante a medição e nas primeiras vezes que for usá-lo. A seguir, apresentamos um passo a passo de como inserir o diafragma.

1. Coloque cerca de uma colher de sopa de creme ou gel espermicida no interior do diafragma se optar por usá-lo.
2. Aperte o diafragma, pressionando firmemente o aro entre o polegar e o dedo do meio.
3. Escolha uma das seguintes posições: de cócoras; sentada no vaso sanitário; de pé, com uma perna levantada; ou deitada com as pernas dobradas.
4. Empurre o diafragma até o terço superior da vagina com o creme ou o gel virado para cima. Como a vagina possui um ângulo em direção à parte inferior das costas, pode ser mais confortável empurrar nessa direção.
5. Empurre o aro inferior com o dedo indicador ou médio até sentir que o diafragma se encaixou no lugar. Quando o diafragma estiver no lugar certo e corretamente encaixado, você não deverá senti-lo.



Figura 6 – Diafragma. Cortesia de Valeria Ribeiro.

Deixe o diafragma no lugar por pelo menos oito horas após a relação sexual – e por no máximo 24 horas.

Relações sexuais subsequentes

Se tiver relações sexuais de novo, adicione mais creme ou gel com um aplicador. Coloque-o em sua vagina e deixe o diafragma no lugar por pelo menos oito horas depois da última relação sexual.

Se optar por usar o diafragma sem espermicida, o ideal é que não ocorra uma nova penetração após a ejaculação, pois a penetração pode movimentar o diafragma e há risco de que o sêmen entre em contato com o colo do útero.

Remoção

Antes de retirar o diafragma, escolha uma posição confortável. Em seguida, deslize um dedo para dentro da sua vagina e prenda-o sob o aro inferior do diafragma, entre o diafragma e sua parede vaginal ou sobre a cúpula de borracha. Puxe o diafragma para a frente e para baixo. Caso não consiga retirá-lo sozinha, a pessoa com quem você está pode ajudá-la nessa etapa.

Cuidados

Alguns cuidados são necessários para conservar o diafragma após a sua utilização. Ele deve ser lavado com sabão neutro e água quente, enxaguado e secado com cuidado e guardado em um recipiente longe da luz – não o ferva. Para ter certeza de que o diafragma ainda é eficaz, verifique sua condição segurando-o contra a luz ou enchendo-o com água para observar se há furos. Cremes à base de óleo, incluindo alguns medicamentos vaginais, podem danificar os diafragmas, por isso é necessário evitar contato com esses materiais.

Algumas condições podem modificar a adaptação do diafragma ao corpo, como cirurgias pélvicas, ganho ou perda de mais de 4,5 kg e gravidez. Caso passe por alguma dessas situações, é importante verificar se o tamanho do seu diafragma não mudou. Em caso de falha do método, é recomendável consultar uma pessoa profissional capacitada para verificar seu encaixe.

Além disso, os diafragmas devem ser substituídos de três em três anos.

Onde obter um diafragma

Como os diafragmas não são amplamente usados, você deve buscar uma pessoa que saiba inseri-lo e tenha o equipamento adequado para fazê-lo. Apesar de o diafragma estar na cartilha de métodos contraceptivos do Ministério da Saúde, nem todos os postos de saúde têm os medidores ou pessoas profissionais capacitadas para realizar a medição. No entanto, é importante saber que o acesso a esse método contraceptivo é

um direito que todas temos; podemos cobrar sua disponibilidade no SUS conversando com a gerência das unidades de saúde, indo a ouvidorias, procurando o conselho gestor ou deixando essa sugestão na recepção. Muitos métodos desaparecem ou deixam de ser prioridade no SUS por falta de uso – dessa forma, cobranças das usuárias do sistema de saúde são um estímulo para que voltem a ser valorizados e implementados.⁴ No Brasil, atualmente, não há fabricação nacional de diafragma, apenas modelos importados de outros países, infelizmente. Era antes um método amplamente disponibilizado pelo SUS e acessível a baixo custo. Hoje, os modelos importados têm um custo de cerca de 600 reais. Caso opte pelo produto importado, procure atendimento para se informar e testar modelos disponíveis.

Após ter sido medida, e assim que seu diafragma estiver ajustado, pratique colocá-lo e tirá-lo antes de sair da clínica médica para que a pessoa profissional de saúde possa lhe dizer se você está fazendo certo. Você também pode ir para casa, praticar e voltar alguns dias depois com o diafragma no lugar para confirmar se sua inserção está correta.

Apalpe-o com os dedos e veja como se sente quando ele está no lugar correto. Obtenha ajuda imediatamente se você tiver problemas; assim, quando você realmente for usá-lo, não será um teste. A/o médica/o deverá ter o diafragma disponível no consultório ou poderá fornecer uma receita com o tamanho adequado para você.

Preocupações com a saúde

Como os diafragmas exigem destreza manual, mulheres com deficiências físicas, como artrite, podem não ser capazes de usá-los de modo eficaz sem assistência. Além disso, mulheres com infecções crônicas do trato urinário ou antecedentes de síndrome do choque tóxico não devem usá-lo.⁵

Perguntas frequentes

- **O diafragma funciona sem espermicida?** Sim. Embora a OMS recomende que o diafragma seja usado com espermicida, estudos mostram que os usos com e sem espermicida possuem eficácia bastante parecida.
- **Há problema em deixar o diafragma no lugar um dia inteiro?** Sim. Após a relação sexual, o diafragma deve ser deixado no lugar por seis a oito horas para garantir que o esperma não passará pela barreira e chegará ao útero – os espermatozoides vão morrer na vagina. Após esse tempo, remova e lave o diafragma.
- **A mulher pode usar lubrificantes com um diafragma?** Tal como acontece com as camisinhas, utilize apenas lubrificantes à base de água ou silicone, porque os lubrificantes à base de óleo podem danificar a borracha de látex do diafragma. Muitas vezes, o próprio espermicida proporciona a lubrificação.

CAPUZ CERVICAL

O capuz cervical é uma estrutura de silicone em formato de taça, semelhante ao coletor menstrual, que se encaixa sobre o colo do útero (a entrada do útero) e é mantido no lugar por sucção. O capuz cervical é usado com um creme ou gel espermicida para imobilizar o espermatozoide e impedi-lo de fecundar um óvulo.

Eficácia

O capuz cervical tem aproximadamente 83% de eficácia, e suas vantagens e desvantagens são as mesmas do diafragma.

Como usar

A eficácia do capuz cervical depende de seu encaixe, bem como de seu uso consistente e correto; por isso, saber utilizá-lo corretamente é muito importante. O capuz vem em tamanhos diferentes e precisa ser medido por uma pessoa profissional de saúde, que te mostrará como inseri-lo. Durante os primeiros meses de uso, há um maior risco de gravidez. Portanto, para uma melhor proteção durante esse período, use camisinha e verifique a posição do capuz cervical antes e depois da relação sexual (para se certificar de que ele permanece no lugar). Se o capuz se mover durante a relação sexual, considere fazer uso de métodos contraceptivos de emergência.

A inserção e a remoção do capuz cervical são similares às do diafragma, exceto pelo fato de que o capuz não dobra. Quando o capuz estiver devidamente no lugar, você deverá sentir alguma resistência ao puxar a alça de remoção.

Cuidados

Os cuidados com o capuz cervical são semelhantes aos cuidados com o diafragma. No entanto, o uso de lubrificantes à base de óleo não danifica o capuz.

Reencaixe

Parir pode afetar o encaixe do capuz cervical. Três meses após a gestação ou o parto, verifique o encaixe do capuz com uma pessoa profissional de saúde habilitada.

Preocupações com a saúde

O capuz cervical, por também ser um método contraceptivo de barreira, requer as mesmas preocupações com a saúde que os diafragmas.

Efeitos colaterais

Algumas mulheres podem ter reação alérgica ao material do capuz cervical ou ao espermicida que usam. Se isso acontecer, considere o uso de outro método contraceptivo.

Onde obter um capuz cervical

Como a maioria das médicas e dos médicos não são treinados para colocar um capuz cervical, esse método não é amplamente disponibilizado no Brasil. No entanto, é possível encontrá-lo em outros países. Ligue para o consultório antes de sua consulta para descobrir se a pessoa profissional de saúde é habilitada para colocar o capuz cervical.

ESPERMICIDAS

Os espermicidas matam o esperma para que ele não possa fecundar o óvulo e causar a gravidez. A substância química nonoxynol-9 (N-9) é o ingrediente ativo na maioria dos espermicidas, que são disponibilizados em diferentes formas: espuma, gel, creme, película e supositórios. Eles não oferecem qualquer proteção contra HIV; na verdade, algumas pesquisas indicam que o nonoxynol-9, quando usado mais de uma vez ao dia, pode aumentar o risco de contrair IST. No entanto, espermicidas contendo N-9 são uma opção segura de método contraceptivo para mulheres com baixo risco de contaminação de HIV/IST e que não usam o produto mais de uma vez ao dia.

Eficácia

Em seu uso perfeito, e sem que seja associado a outro método contraceptivo, a eficácia das diferentes formulações de espermicidas varia de 82 a 85%. Em seu uso típico, no entanto, sua eficácia é de cerca de 71%. Tal como acontece com todos os métodos que dependem do uso em cada relação sexual, a eficácia do espermicida varia muito dependendo do quão correta e consistentemente você o usa. Além disso, sua eficácia aumenta quando usado junto a um método contraceptivo de barreira – camisinha, diafragma ou capuz cervical.

Vantagens

- Disponível sem necessidade de receita médica.
- A lubrificação pode aumentar o prazer.

Desvantagens

- Mulheres que usam o N-9 mais de uma vez ao dia parecem ter maior risco de transmissão de HIV.
- Baixa eficácia para o uso típico.
- Pode tornar o sexo oral menos agradável.
- Pode irritar a vulva ou a vagina e aumentar o risco de infecção do trato urinário.
- Requer uma breve pausa.
- Como o N-9 pode ser mais prejudicial para o revestimento retal do que para

o revestimento vaginal, as camisinhas pré-lubrificadas com N-9 não devem ser utilizadas para o sexo anal.

Como usar

Espemicidas podem ser usados sozinhos ou com um diafragma, capuz cervical ou camisinha para reduzir o risco de gravidez. Aplique o espermicida meia hora antes da relação sexual, pois, se aplicado mais de uma hora antes, perderá grande parte da sua eficácia. Além disso, aplique mais espermicida caso tenha relações sexuais repetidas vezes. Deixe o espermicida em sua vagina por seis horas depois da última relação sexual. Evite duchas em geral, mas, se for preciso, espere pelo menos seis horas, pois a ducha elimina o espermicida.

Tipos de espermicida

Espuma

A espuma vem em uma lata e tem consistência semelhante à de um creme de barbear. É inserida com um aplicador que acompanha o produto e sua eficácia é imediata. Para usá-la, siga as instruções do fabricante.

Cremes e géis

Cremes e géis são inseridos dentro da vagina com um aplicador e seu efeito é imediato.

Supositórios

Os supositórios são inseridos dentro da vagina como tampões e empurrados até o colo do útero. Demora cerca de 20 minutos para a cápsula se dissolver e fazer efeito.

Efeitos colaterais

Você e/ou sua parceria podem sentir irritação na genitália, erupção cutânea ou coceira se forem alérgicos aos ingredientes do espermicida. Nesse caso, vocês podem precisar usar outro método contraceptivo.

Onde obter espermicidas

Espemicidas estão disponíveis no balcão de qualquer farmácia ou podem ser comprados em clínicas de planejamento familiar ou on-line. Se você engravidar enquanto estiver usando espermicida, a gravidez não será afetada.

Segurança do nonoxinol-9 quando usado como método contraceptivo

Muitos métodos contraceptivos de barreira são mais efetivos quando utilizados com um espermicida. Infelizmente, o nonoxinol-9, substância ativa na maioria dos

espermicidas, demonstrou aumentar o risco de infecção pelo HIV quando usado mais de uma vez ao dia por mulheres com alto risco de infecção. Isso pode ocorrer porque as mulheres que usam N-9 têm maior risco de desenvolver pequenas feridas nos lábios ou na vagina, o que pode permitir que o vírus entre no corpo. Os espermicidas que contêm N-9 parecem ser seguros para mulheres que os usam menos de uma vez por dia.

Algumas camisinhas são pré-lubrificadas com nonoxinol-9, mas, por não serem mais eficazes que as camisinhas lubrificadas com silicone na prevenção de gravidez ou de infecções, não são recomendadas.

MÉTODOS HORMONAIS

Até o momento, tratamos dos métodos contraceptivos que não envolvem a utilização de hormônio. Nesta parte do capítulo, passaremos a discutir contraceptivos hormonais que funcionam usando hormônios semelhantes aos que nossos corpos produzem para evitar a liberação dos óvulos. Eles existem em muitas formas, como pílulas diárias, adesivos semanais, anéis mensais e injeções trimestrais. Os contraceptivos hormonais combinados utilizam tanto estrogênio quanto progesterina, mas também há contraceptivos feitos apenas com progesterina (que não contém estrogênio).

Para que os métodos hormonais funcionem, você deve usá-los conforme as instruções e respeitar o cronograma indicado, lembrando-se de que eles protegem contra gravidez, mas não contra IST.

MÉTODOS HORMONAIS E SANGRAMENTO MENSTRUAL

O sangramento menstrual – também conhecido como menstruação – é o resultado da interação entre os hormônios estrogênio e progesterona no nosso corpo. O estrogênio faz com que a parede interna do útero (o endométrio) fique mais espessa ao se preparar para a gravidez; a progesterona, por sua vez, desenvolve ainda mais a parede do útero e a mantém estável durante a gravidez. Se a gravidez não ocorre durante o ciclo, há uma queda na progesterona, e o endométrio se descola – o tecido descolado é expelido durante a menstruação.

Os contraceptivos hormonais usam hormônios sintéticos para impedir a ovulação e evitar a gravidez. A maioria das pílulas anticoncepcionais contém alguma forma de estrogênio e uma forma sintética de progesterona chamada progesterina. Esses hormônios estabilizam a parede uterina e estimulam ciclos menstruais mais regulares. Alguns métodos utilizam apenas a progesterina, e sua ação pode provocar sangramento irregular ou ausência de sangramento.

Essas mudanças no padrão menstrual podem causar alívio ou preocupação.

Algumas mulheres, por exemplo, preocupam-se com o fato de que não sangrar ao usar a pílula ou outro método hormonal possa fazer com que o sangue não eliminado se acumule dentro do útero. Isso não é verdade, pois métodos que combinam estrogênio e progestina podem reduzir o volume de sangramento, ao passo que métodos que utilizam apenas progestina evitam que o endométrio cresça, de modo que, ao utilizar esse tipo de hormônio isoladamente, não há nada a eliminar. Outra preocupação é identificar os períodos menstruais ou o sangramento irregular. O sangramento irregular é mais frequente quando se começa a usar o método, momento em que a parede uterina ainda não ficou completamente fina. Isso não é prejudicial, mas pode ser muito irritante.

Pular o período menstrual

Algumas mulheres estão optando por usar pílula, adesivo ou anel vaginal continuamente por vários meses a fim de pular os períodos menstruais. Tendo em vista essa demanda, algumas novas marcas de pílulas são embaladas de maneira específica para serem usadas dessa maneira.

Se sua pílula não foi feita para uso contínuo, você pode pular os períodos menstruais usando pílulas monofásicas regulares da seguinte forma: tome apenas as pílulas ativas de uma cartela, pule as pílulas inativas (ou pule as pausas) e vá diretamente para a outra cartela de pílulas ativas. Depois de três meses, ou quando começar a sangrar, tome as pílulas inativas ao final da cartela. Em seguida, comece a tomar as pílulas ativas de novo. Estudos mostram que o uso contínuo da pílula é tão seguro quanto o uso com intervalos mensais.

No entanto, se você usa adesivo ou anel, faça-o pelo tempo recomendado, remova-o e comece imediatamente a usar o novo adesivo ou anel sem fazer pausa.

Muitas mulheres ficam felizes por pular seus períodos menstruais, embora algumas sintam falta da menstruação como uma confirmação mensal de que não estão grávidas. Portanto, a escolha por pular o período menstrual depende do quão confortável a mulher se sente em relação a isso.

ONDE OBTER CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

Pílulas, anéis vaginais e adesivos podem ser comprados em farmácias sem receita médica no Brasil. Por outro lado, métodos injetáveis precisam de receita para a sua aplicação, seja em farmácias ou em locais de serviço do SUS. Para os métodos distribuídos gratuitamente pelo SUS (pílulas e injeções), é necessário apresentar receita médica no ato da retirada.

Além disso, os implantes hormonais precisam ser inseridos por profissionais, assim como o DIU hormonal (que, apesar de se tratar de um método hormonal, será abordado junto a outros tipos de DIU mais à frente no capítulo).

Se um contraceptivo hormonal é considerado ideal para você, uma profissional de clínica particular pode prescrevê-lo e também fornecer uma amostra grátis.

Exames pélvicos não são necessários para começar a fazer uso dos contraceptivos hormonais abordados a seguir.

A PÍLULA – CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS

Pílulas combinadas estão entre os métodos contraceptivos mais comuns em todo o mundo. O que é geralmente chamado de “a pílula” corresponde, na verdade, a muitas marcas e tratamentos diferentes, que podem variar entre si no que se refere a dosagem e tipos de hormônios. As mulheres podem escolher um tratamento com o qual menstruam todo mês, a cada três meses ou com menos frequência do que isso. Pode ser necessário experimentar mais de um tipo de pílula antes de encontrar a que funcione melhor para você e que não cause efeitos colaterais indesejáveis.

As pílulas combinadas vêm em embalagens com cartelas para um ou três meses, e é preciso tomar uma pílula por dia todos os dias. A maioria das cartelas têm pílulas compostas por uma combinação de estrogênio e progesterona sintéticos, além de pílulas que não possuem nenhum hormônio, conhecidas como pílulas placebo, pílulas de açúcar ou pílulas inativas. O sangramento ocorre quando você toma as pílulas inativas. Os tipos específicos de hormônios e o número de pílulas ativas e inativas variam de marca para marca, e algumas delas não oferecem pílulas inativas. Nesse caso, cada fabricante orienta um intervalo de pausa entre as cartelas para permitir o sangramento menstrual, que pode durar de quatro a sete dias, dependendo da marca usada. Por isso, é importante sempre verificar essa informação na bula ou com uma pessoa profissional de saúde.

As pílulas anticoncepcionais originais tinham 21 pílulas ativas e sete pílulas inativas (ou sete dias de pausa), mas algumas pílulas mais recentes têm 24 pílulas ativas e quatro pílulas inativas (ou pausa). O esquema 24/4 tem menos chances de causar sangramento irregular. Atualmente, muitas marcas de pílulas têm sua versão genérica, mais barata que as variedades patenteadas. Como as pílulas genéricas existem há mais tempo e são mais estudadas, os riscos associados ao seu uso são mais conhecidos.

A pílula funciona impedindo que os ovários liberem os óvulos e evita a fertilização, pois faz o fluido cervical engrossar, dificultando a entrada do espermatozoide no útero. Trata-se de um método contraceptivo muito eficaz, embora não proteja contra IST.

Eficácia

Com uso perfeito, isto é, quando é tomada mais ou menos no mesmo horário todos os dias e não deixa de ser tomada nenhum dia, a pílula tem eficácia superior a 99%. Com uso típico, a eficácia da pílula é de cerca de 92%. Isso significa que

cerca de uma em cada 13 mulheres que tomam a pílula fica grávida no primeiro ano de uso.

Os motivos mais frequentes de uso incorreto incluem esquecimento ou atraso na ingestão da dose diária, ocorrência de vômito pouco tempo após ingeri-la, presença de diarreia (afeta a capacidade de absorção) e uso de alguns medicamentos que interagem negativamente com a fórmula.

Vantagens

- Pode tornar o sangramento menstrual menos volumoso e mais regular.
- Pode reduzir os períodos menstruais mais dolorosos.
- Pode reduzir a ocorrência de cistos no ovário e alterações fibrocísticas nas mamas.
- Pode aliviar a tensão pré-menstrual (TPM).
- Protege contra câncer de endométrio e de ovário.
- Seu uso não requer exame pélvico.
- Pode reduzir a acne.
- Alguns tipos podem ser usados para contracepção de emergência.
- Pode ser conseguida gratuitamente no SUS com apresentação de receita.

Desvantagens

- Não protege contra IST.
- Deve ser tomada conforme orientação específica, que pode ser difícil de lembrar.
- Pode ter efeitos colaterais desagradáveis no humor ou na libido.
- Em algumas mulheres, aumenta o risco de tromboembolismo (coágulos nas veias), ataque cardíaco e derrame.
- É um método que pode ser difícil de esconder caso você não queira que outras pessoas saibam que está usando.

Como começar a usar pílula

Uma maneira comum de começar a tomar a pílula é no primeiro dia do ciclo ou no mesmo dia de um aborto. Algumas mulheres preferem começar no primeiro domingo ou na segunda-feira para que consigam se lembrar com mais facilidade da data de início da cartela – contando os dias passados desde essa data, podem se programar e verificar se alguma pílula da cartela foi esquecida.

Algumas pessoas profissionais de saúde, hoje em dia, recomendam o método de início rápido, isto é, depois de um teste de gravidez negativo, você toma a primeira pílula em clínica ou consultório, associando um método contraceptivo extra durante a primeira semana da cartela. Isso diminui a chance de adiamento do início do método e reduz o risco de gestação indesejada.

Continuidade

A continuidade de ingestão da pílula é essencial para que sua eficácia seja elevada. Por isso, além de tomar uma pílula todos os dias até terminar uma cartela inteira, é interessante estabelecer uma rotina para não se esquecer: por exemplo, tomá-la no mesmo horário em que escova os dentes, faz suas refeições ou realiza outra atividade diária. Se tiver um telefone celular, você também pode colocar um alarme que a lembre de tomar a pílula. Respeite as recomendações de pausa ou de uso contínuo de acordo com o tipo de pílula escolhida.

O que fazer quando se esquecer de tomar a pílula

Esquecer-se de tomar a pílula é a causa mais comum de gravidez não planejada. Deixar de tomá-la no primeiro dia de uma nova cartela é o fator mais perigoso em termos de diminuir a sua eficácia. Então, lembre-se de comprar a pílula com antecedência ou planeje-se para ter a receita em mãos quando for ao SUS retirá-la. Se você se esquecer de começar uma nova cartela no dia certo ou de tomar uma pílula durante o ciclo, siga as orientações a seguir.

Pílulas esquecidas durante o ciclo

- Se você se esquecer de uma pílula, tome-a assim que se lembrar e ingira a próxima no horário habitual. Isso pode exigir que duas pílulas sejam ingeridas no mesmo dia. Se você se esquecer de tomar a pílula por um período de 24 horas, tome as duas, isto é, a que está atrasada e a daquele dia no horário habitual.
- Se você se atrasou um ou dois dias para começar uma nova cartela, tome duas pílulas assim que se lembrar e uma pílula a cada dia depois desse. Além disso, use um método contraceptivo extra por uma semana.
- Se você se atrasou três ou mais dias para começar uma nova cartela, tome a primeira pílula da cartela e use um método contraceptivo reserva até que tenha tomado sete pílulas ativas consecutivas. Se você teve relações sexuais sem proteção durante o tempo em que se esqueceu de tomar a pílula, considere a possibilidade de utilizar um método contraceptivo de emergência. Se tiver dúvidas, entre em contato com a/o médica/o.
- Se você se esquecer de tomar duas pílulas seguidas nas duas primeiras semanas da cartela, tome duas pílulas no dia que se lembrar e termine o restante da cartela como de costume. Além disso, use um método contraceptivo reserva por uma semana.
- Se você se esquecer de tomar duas pílulas seguidas na terceira semana da cartela, continue tomando uma pílula por dia até que tenha terminado as pílulas ativas (hormonais). Em seguida, coloque de lado o resto da cartela, incluindo os comprimidos inativos, e comece uma nova cartela de pílulas. Além disso, use um método contraceptivo reserva por uma semana.

- Caso se esqueça de tomar três ou mais pílulas seguidas nas primeiras duas semanas, tome uma pílula assim que se lembrar e continue tomando uma pílula por dia. Use, também, um método contraceptivo reserva até ter tomado sete pílulas ativas (hormonais).
- Caso se esqueça de tomar três ou mais pílulas seguidas na terceira semana, tome uma pílula assim que se lembrar e continue tomando uma pílula por dia até terminar as pílulas ativas (hormonais). Não tome as pílulas inativas. Em vez disso, comece uma nova cartela e tome todas as pílulas até o final. Além disso, use um método contraceptivo reserva por uma semana.

Esquecer-se de tomar qualquer uma das pílulas inativas de uma cartela de pílulas combinadas não aumentará o risco de gravidez. Pule as pílulas inativas de que você se esqueceu e certifique-se de começar a nova cartela no momento certo. Para isso, saiba qual tratamento está seguindo e quais são as pílulas ativas e inativas de sua cartela.

Segurança da pílula

A pílula anticoncepcional é uma das medicações mais extensivamente pesquisadas da história. Desde seu desenvolvimento, há mais de 50 anos, ela tem sido usada por milhões de mulheres no mundo.

As primeiras fórmulas da pílula levantaram preocupações sobre trombose, ataques cardíacos e derrames, estimulando exaustivas pesquisas a respeito dos contraceptivos orais nas décadas de 1960 e 1970. Desde então, novas fórmulas da pílula com baixas doses de hormônios foram produzidas; as pílulas atuais contêm cerca de um oitavo a um décimo da quantidade de estrogênio das primeiras pílulas. Pesquisas concluíram que as pílulas anticoncepcionais de hoje são seguras para a maioria das mulheres e que mulheres saudáveis e não fumantes têm pouco ou nenhum risco de ataque cardíaco ou derrame adicional quando comparadas a mulheres que não usam pílula.

Qualquer mulher, de qualquer idade, tem o triplo de risco de desenvolver trombose enquanto toma a pílula, embora esse risco seja bastante pequeno na vida da maioria das mulheres. Colocando em perspectiva, o risco de ter trombose durante a gravidez é o dobro se comparado ao risco de desenvolvê-la enquanto se toma a pílula. Mulheres com condições cardiovasculares ou alguma doença crônica não devem tomar pílula, assim como mulheres fumantes acima de 35 anos, que têm o risco pessoal aumentado pela combinação de tabaco e fatores relacionados à idade. Em casos raros, mulheres que tomam anticoncepcionais podem desenvolver tumores no fígado. Evidências sugerem que o uso de contraceptivos orais aumenta o risco de câncer de colo de útero ou câncer de mama entre mulheres com menos de 35 anos, mas essas associações são controversas e não foram totalmente estabelecidas.

O uso da pílula a longo prazo proporciona benefícios não contraceptivos significativos para a saúde, como redução do risco para câncer de ovário, e também pode

oferecer efeitos desejáveis estéticos, como controle de acne. Por outro lado, evidências sugerem forte associação entre uso de pílula e transtorno depressivo.

Benefícios e malefícios secundários fazem parte da grande maioria das medicações; por isso, a discussão sobre sua existência é muito importante no momento de escolha de um contraceptivo hormonal, afinal, o tempo de uso desse tipo de medicação é habitualmente longo e os impactos sobre a vida das pessoas precisam ser considerados.

Apesar de as informações aqui listadas serem baseadas apenas em pesquisas sobre a pílula, é razoável inferir que as mesmas precauções e efeitos colaterais se aplicam a todos os métodos que contêm estrogênio e progestina, como o adesivo e o anel vaginal.

Quando a menstruação não desce

As pílulas combinadas de estrogênio e progestina podem ser usadas com ou sem pausa entre as cartelas. Quando usadas continuamente sem pausas, o efeito evidente da emenda de cartelas é a suspensão da menstruação. No entanto, pessoas que optam por fazer pausas também costumam ter alterações no ciclo, com períodos menstruais mais curtos e menos volumosos. Se você faz uso regular da pílula, uma gota de sangue durante a semana em que não está tomando pílulas hormonais, mesmo que seja de cor marrom, é considerada um período menstrual.

Se você não menstruar mesmo tendo tomado todas as pílulas corretamente e se não tiver nenhum sinal de gravidez, as chances de estar grávida são muito baixas – não é incomum o período menstrual não acontecer enquanto se toma a pílula. No entanto, caso a menstruação não desça em dois períodos seguidos, pode-se tratar de um sinal de gravidez. Faça um teste de gravidez em casa ou com uma pessoa profissional de saúde, mas continue tomando as pílulas para manter a proteção caso não esteja grávida. Se você engravidar durante o tratamento com a pílula, não há evidências de que seu uso aumente os riscos de saúde para o feto durante o início da gestação até sua descoberta.

CONTRACEPTIVOS ORAIS DE PROGESTINA ISOLADA

Pílulas que contêm apenas progestina podem ser usadas para contracepção por pessoas que tenham contraindicações ao estrogênio ou que desejem métodos hormonais orais que evitem o seu uso. São, ainda, indicadas para pessoas que apresentam sangramento menstrual volumoso ou doloroso, uma vez que tendem a interromper a menstruação durante o uso, pois atrofiam a camada interna do útero, o endométrio.

No Brasil, existem as pílulas de 75 mcg de desogestrel e as de 35 mcg de noretisterona. Ambas podem ser adquiridas sem receita, mas apenas a segunda está disponível no SUS. Elas vêm em cartelas que contêm somente pílulas ativas e devem ser tomadas sem intervalos, diariamente e no mesmo horário.

A pílula de progestina funciona aumentando a viscosidade do muco cervical, o que inibe a movimentação de espermatozoides para dentro do útero. Além disso, também diminui a espessura do endométrio, o que dificulta a implantação de óvulos. A inibição da ovulação ocorre no uso de desogestrel, mas pode não ocorrer durante o uso de noretisterona. Portanto, a indicação da pílula de noretisterona para contracepção é mais restrita, sendo recomendada sobretudo para mulheres que estejam amamentando exclusivamente (ou seja, cujo bebê ainda não tenha iniciado qualquer tipo de alimentação além do leite materno), uma vez que a amenorreia lactacional (falta de menstruação no período de aleitamento-amamentação) já proporciona efeito contraceptivo – o que, no caso, é adicionado ao efeito do hormônio –, aumentando, assim, a taxa de contracepção.

Eficácia

A pílula de desogestrel tem como mecanismo de ação principal o bloqueio da ovulação; por isso, apresenta eficácia semelhante à da pílula oral combinada, ou seja, próxima de 92% no uso habitual. A pílula de noretisterona tem dose mais baixa, e seu mecanismo de ação se baseia no espessamento do muco e na atrofia do endométrio, de modo que o bloqueio da ovulação não é tão efetivo, o que pode elevar sua taxa de falha. Em função disso, seu uso é geralmente feito por pessoas em condições de fertilidade mais baixas, como as que estão amamentando.

Algumas condições que diminuem a eficácia incluem atraso da dose, vômito, diarreia, além do uso de algumas medicações.

Vantagens

- Diminui risco de câncer de endométrio, ovário e colorretal.
- Seu uso não requer exame pélvico.
- Pode ser usada por pessoas que não desejam ou não podem usar estrogênio.

Desvantagens

- Não protege contra IST, incluindo o HIV.
- Deve ser tomada conforme orientação específica, o que pode ser difícil de lembrar.
- Pode causar sangramento irregular, chamado de sangramento de escape ou *spotting*.
- Pode ter efeitos colaterais desagradáveis no humor ou na libido.
- É um método que pode ser difícil de esconder caso você não queira que outras pessoas saibam que o está usando.

Como começar a usar pílula de progestina isolada

A pílula de progestina isolada deve ser tomada no primeiro dia do ciclo, mas é possível começar a usá-la até o quinto dia de menstruação. Caso inicie esse uso após o

quinto dia do ciclo, adicione um método contraceptivo reserva durante sete dias para ter mais segurança, pois não é possível garantir a supressão da ovulação nesse ciclo. A pílula também pode ser iniciada imediatamente após um aborto ou após o parto.

Continuidade

A continuidade de ingestão da pílula é essencial para que sua eficácia seja elevada. Por isso, tome uma pílula todo dia, no mesmo horário, sem pausas, ou seja, emendando cartelas.

Contraindicações

É importante ressaltar que existem algumas contraindicações ao uso de métodos hormonais, principalmente no que diz respeito ao uso do estrogênio, presente em pílulas combinadas com progestina. Em linhas gerais, há contraindicação absoluta para uso de qualquer pílula hormonal em caso de⁶:

- gestação,
- câncer de mama atual ou prévio,
- câncer de fígado ou cirrose severa,
- trombose atual,
- uso de carbamazepina, fenobarbital, topiramato, fenitoína e rifampicina e de erva-de-são-joão.

Além disso, as pílulas que contêm estrogênio são contraindicadas em caso de:

- histórico de tromboembolismo venoso periférico ou tromboembolismo pulmonar,
- histórico de acidente vascular cerebral ou infarto de miocárdio,
- diabetes por mais de 20 anos ou com comprometimento dos rins, olhos ou nervos,
- hipertensão,
- tabagismo em mulheres acima de 35 anos,
- hepatite aguda ou doença do fígado severa,
- enxaqueca sem aura em mulheres com mais de 35 anos,
- enxaqueca com aura em qualquer idade,
- uso de lamotrigina,
- pessoas que amamentam – até seis meses após o parto,
- pessoas que não amamentam – até 21 dias após o parto ou até 42 dias após o parto em quem tem risco aumentado de trombose.

Mulheres que deram à luz devem esperar três semanas antes de começar um método contraceptivo que contenha estrogênio caso não estejam amamentando. Se estiverem, esse prazo deve se estender por seis meses, porque essas mulheres têm alto risco de desenvolver trombose por várias semanas depois da gravidez – e usar um método contraceptivo que contém estrogênio aumenta esse risco. Após seis meses,

ainda que estejam aleitando, o uso de contraceptivo com estrogênio está liberado, pois não interfere na qualidade do leite materno. Já o uso de pílulas que contêm progestogênio em forma isolada está liberado logo após o parto para aquelas que amamentam ou não.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS E ALTERAÇÕES DE HUMOR

Estudos feitos com mulheres que usam métodos contraceptivos hormonais mostraram que elas podem passar por variações de humor. No entanto, há uma enorme variação na resposta individual de cada mulher a seus próprios hormônios e a qualquer hormônio sintético que utilize. Algumas mulheres relatam que se sentem deprimidas quando usam contraceptivos hormonais, enquanto outras apresentam irritabilidade ou diminuição do desejo sexual. Independentemente do método escolhido, você deve prestar atenção a seu corpo e emoções ao fazer uso de métodos contraceptivos hormonais. Caso note o surgimento de sintomas relacionados ao humor, considere procurar uma pessoa profissional de saúde, especialmente se perceber que essas alterações estão impactando sua qualidade de vida, capacidade de relacionar-se ou de cumprir seus planejamentos.

Sinais de alerta

Se você sentir quaisquer dos sintomas abaixo enquanto toma a pílula, entre em contato com sua médica ou médico ou vá ao pronto-socorro imediatamente:

- dor intensa ou inchaço nas pernas ou nos braços,
- dor no peito ou falta de ar,
- dor de cabeça intensa,
- problemas na vista, como visão turva súbita.

Engravidando pós-pílula

Mulheres que querem engravidar podem parar de tomar a pílula a qualquer momento. A gravidez pode ocorrer logo em seguida ou vários meses depois, uma vez que, a longo prazo, a pílula não afeta sua fertilidade.

Efeitos colaterais possíveis em usuárias de pílulas hormonais

- sangramento menstrual irregular ou escape,
- náusea,
- sensibilidade nas mamas,
- manchas escuras na pele (melasma),
- acne,
- dor de cabeça,

- alterações de humor, incluindo depressão e irritabilidade,
- diminuição de libido.

Os efeitos colaterais geralmente desaparecem depois de dois a três ciclos de uso das pílulas. No entanto, caso algum efeito colateral esteja causando aborrecimento depois desse período, continue tomando as pílulas e agende uma consulta. Apesar de esses efeitos colaterais causarem desconforto, eles não são perigosos. Às vezes, mudar para uma pílula diferente resolverá o problema. Se você sentir que deve parar a pílula imediatamente, tome cuidado para não ter nenhuma relação sexual de risco para a gestação ou use outro método contraceptivo.

Os efeitos contraceptivos da pílula – bem como os efeitos colaterais – desaparecem assim que você para de tomá-la.

Métodos hormonais me farão ganhar peso?

Ainda não há estudos científicos sólidos que comprovem ganho de peso associado a métodos contraceptivos hormonais. No entanto, às vezes nos sentimos como se tivéssemos ganhado peso depois de iniciar a contracepção hormonal. É difícil saber exatamente por que isso acontece. Pode ser porque muitas mulheres começam a fazer uso de métodos contraceptivos pela primeira vez durante a transição da adolescência para a vida adulta, um período de ganho natural de peso. Se uma mulher inicia contracepção e engorda nesse período, é comum que culpe a pílula, o adesivo ou o anel, sem levar em conta outros fatores importantes, como dieta, atividade física regular e mudanças do corpo associadas à fase de vida adulta.

ADESIVO ANTICONCEPCIONAL

O adesivo anticoncepcional atua liberando lentamente uma combinação de estrogênio e progestina através da pele. Esses são os mesmos hormônios presentes na pílula anticoncepcional combinada; portanto, o adesivo funciona da mesma forma que a pílula e tem os mesmos efeitos colaterais. Quando seu uso é interrompido, ocorre uma rápida volta à fertilidade.

Contraindicações

As contraindicações são semelhantes às aquelas apresentadas para as pílulas orais combinadas.

Como usar

O adesivo é similar a um curativo quadrado e deve ser aplicado no abdômen, nas nádegas ou na parte superior do braço ou das costas. O local escolhido deve estar limpo e seco, sem feridas abertas. Além disso, não o coloque após ter passado hidratante corporal nem o posicione nos seios.

Para iniciar seu uso, coloque o adesivo dentro de cinco dias a contar do primeiro dia do período menstrual ou do aborto. Se você começar em qualquer outro momento do ciclo, use um método reserva por sete dias.

Você deve utilizar um adesivo por semana durante três semanas seguidas. O dia da semana em que você coloca o adesivo será o mesmo dia em que você trocará o adesivo na semana seguinte. Na quarta semana, interrompa o uso do adesivo para que seu período menstrual possa começar. Um novo adesivo deve ser colocado sete dias depois para dar início a outro mês de contracepção. Não tem problema se você ainda estiver com sangramento menstrual. Assim como a pílula combinada, o adesivo pode ser usado continuamente, sem pausa, se desejado pela mulher.

Depois de dar à luz, caso não esteja amamentando, espere três semanas antes de colocar o adesivo. Se estiver amamentando, deve esperar seis meses para poder iniciar esse método, pois o risco de ter trombose aumenta nesse período.

Eficácia

O adesivo é um método contraceptivo reversível muito eficaz. Com uso perfeito, tem eficácia de cerca de 99%, enquanto com uso típico sua eficácia é de cerca de 92%. Apesar de o adesivo ser altamente eficaz, a gravidez ainda pode ocorrer se o método for utilizado de modo equivocado, em especial se:

- ficar solto ou for completamente retirado por mais de 24 horas,
- o mesmo adesivo for usado – deixado na pele – por mais de uma semana.

Se você passar por alguma das duas situações anteriores, siga as orientações da embalagem, considere fazer uso de contracepção de emergência e entre em contato com sua médica ou médico.

Vantagens

O adesivo anticoncepcional apresenta as mesmas vantagens da pílula, embora algumas mulheres o considerem mais conveniente que a pílula diária por ser utilizado semanalmente.

Desvantagens

As desvantagens são as mesmas da pílula, com a exceção de que você precisa se lembrar de usar um adesivo novo uma vez por semana em vez de tomar uma pílula todos os dias.

Efeitos colaterais

Um efeito colateral possível exclusivo do adesivo é irritação na pele, erupção cutânea ou vermelhidão na região onde o adesivo foi colocado. Outros efeitos colaterais são os mesmos que os da pílula combinada.

As contraindicações absolutas para uso de adesivo são semelhantes àsquelas indicadas para uso de pílulas.

ANEL VAGINAL

O anel vaginal é um anel fino, transparente e flexível que você coloca na vagina para evitar a gravidez. Deve ser deixado no lugar por três semanas e, depois, removido por uma semana – assim, oferece um mês de contracepção. O anel funciona liberando lentamente estrogênio e progestina no corpo, o que evita a ovulação e deixa o fluido cervical mais espesso, criando uma barreira que impede o esperma de fecundar o óvulo.

Contraindicações

As contraindicações são semelhantes àsquelas apresentadas para as pílulas orais combinadas.

Eficácia

O anel vaginal tem eficácia superior a 99% como método contraceptivo quando usado perfeitamente. Com uso típico, sua eficácia é de cerca de 92%.

Vantagens

- É privado – não há adesivos ou cartelas de pílulas visíveis.
- Não precisa ser ajustado para ser usado.
- Suas outras vantagens são as mesmas da pílula, embora algumas mulheres considerem o anel mais conveniente que a pílula diária.

Desvantagens

- Pode alterar o corrimento vaginal ou causar irritação vaginal.
- Suas outras desvantagens são as mesmas da pílula, com a exceção de que você precisa se lembrar de usar um novo anel uma vez por mês, enquanto a pílula deve ser tomada todos os dias.

Como usar

O anel vaginal deve ser colocado no primeiro dia do período menstrual ou do aborto, de maneira que a proteção começa imediatamente. Se o início do uso for posterior ao primeiro dia do ciclo, um método de barreira deve ser adicionado nos primeiros sete dias. Se você está tomando pílula ou usando outro método contraceptivo hormonal, pode mudar para o anel e continuar protegida da gravidez.

Colocar o anel vaginal é como colocar um tampão ou um diafragma. Você pode se agachar, ficar em pé com uma perna apoiada em uma cadeira ou deitada. Para inseri-lo,

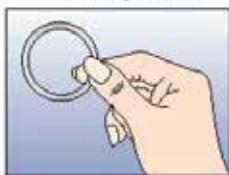
aperte o anel entre o polegar e o dedo indicador ou torça-o formando o número 8. Depois, gentilmente, empurre-o para dentro da vagina. Como o anel não é um método de barreira, você não precisa se preocupar com o posicionamento correto. Empurre-o para dentro até se sentir confortável. Normalmente, você nem sente que ele está ali.

O anel permanece na vagina por três semanas. No entanto, se você preferir retirá-lo durante o sexo, pode removê-lo por no máximo três horas em um período de 24 horas sem alteração de sua eficácia. O mesmo vale no caso de o anel escorregar da sua vagina e ficar fora do lugar por menos de três horas – você ainda estará protegida da gravidez.

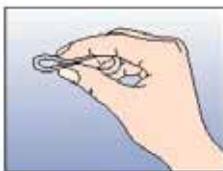
Lave-o com água fria ou morna (não quente) e coloque-o de novo o mais rápido possível. Se você perder o anel vaginal, coloque um novo o quanto antes. Caso você passe mais de três horas sem o anel, sua proteção estará significativamente reduzida, então um outro método contraceptivo (camisinha, por exemplo) deve ser associado por sete dias seguidos. Se você teve relações sexuais sem proteção no período em que o anel ficou fora do lugar e esse período foi de mais de três horas, considere usar contracepção de emergência.

Para removê-lo, insira um dedo em sua vagina, segure um pedaço do anel e puxe-o para fora. Depois reintroduza-o na vagina novamente. Se você o está utilizando há três semanas, retire-o e embrulhe-o em sua embalagem e jogue-o no lixo; evite jogá-lo no vaso sanitário para que os hormônios não sejam liberados no meio ambiente. Depois disso, você deve menstruar dentro de poucos dias.

1. Retire Nuvaring® do sachê.



2. Pressione o anel.



3. Escolha uma posição confortável para inserir o anel.



Figura 7 – Como inserir o anel vaginal. Fonte: Bula Nuvaring.

Para mais um mês de contraceção, coloque um novo anel sete dias depois de ter removido o anterior, mesmo que seu período menstrual não tenha terminado ou não tenha acontecido. Após o início da contraceção hormonal, é importante que o uso seja regular e as pausas, fixas (sete dias no caso do anel), independentemente da menstruação.

O anel armazenado em casa deve ser mantido em temperatura ambiente (entre 15 e 30 °C) por um período máximo de quatro meses após sua compra na farmácia – não deve ser inserido após esse período nem após o prazo de validade impresso na embalagem. Portanto, preste atenção nas duas datas e descarte-o caso esteja vencido ou quatro meses depois da compra.

Preocupações com a saúde

Algumas pessoas com vagina apresentam certas condições que tornam o uso do anel vaginal mais difícil, como: prolapso uterino, prolapso de bexiga (quando a parede vaginal está mais flácida e o órgão pode se exteriorizar pela vagina), irritação vaginal ou úlceras (causadas por candidíase ou alguma IST). Na dúvida, uma avaliação com uma pessoa profissional de saúde pode ajudar.

Os hormônios presentes no anel são semelhantes aos da pílula. Mulheres que não podem usar a pílula por motivos de saúde também não podem usar o anel. As contraindicações, os riscos, benefícios, interações medicamentosas e sinais de perigo do anel são os mesmos que os das pílulas.

CONTRACEÇÃO INJETÁVEL

Existem dois tipos de injeções disponíveis para contraceção: uma que contém progesterina isolada e outra com progesterina combinada a estrogênio. A seguir, detalharemos as particularidades de cada uma.

Injetável trimestral

Composta por progesterina isolada, denominada medroxiprogesterona. Tem ação semelhante à das pílulas de progesterina. Por ter uma ação de depósito, só precisa ser aplicada a cada três meses e por via intramuscular (dentro do músculo). Causa, na maioria das usuárias, suspensão da menstruação (amenorreia) após a segunda aplicação.

Essa medicação injetável é contraindicada em casos de:

- gestação,
- câncer de mama atual ou prévio,
- câncer de fígado ou cirrose severa,
- trombose atual,
- diabetes por mais de 20 anos ou com comprometimento dos rins, olhos ou nervos,
- hipertensão descontrolada ou doença vascular,

- antecedentes de AVC ou infarto de miocárdio,
- pessoas que amamentam: menos de seis semanas após o parto.

Vantagens

Uma das vantagens desse método é o fato de a mulher não precisar se lembrar todo mês de sua aplicação, estando protegida por três meses seguidos sem que necessite de novas injeções. Outra vantagem consiste em ser um método fácil de ser usado sem que outras pessoas o identifiquem, mantendo a privacidade da mulher que optar por utilizá-lo. Por fim, métodos injetáveis costumam ter menos efeitos colaterais gastrointestinais do que aqueles de uso oral.

Desvantagens

Uma desvantagem associada a esse método contraceptivo é a possível demora no retorno à fertilidade após sua suspensão.

Eficácia

A eficácia do método chega a 99% se utilizado corretamente.

Os efeitos colaterais, riscos e benefícios são semelhantes aos dos contraceptivos orais isolados de progestina, já mencionados anteriormente.

Injetáveis mensais

São combinados de estrogênio e progestina e consistem em injeções que devem ser administradas todos os meses. Com esse método, a maioria das mulheres continua menstruando regularmente.

Essa medicação injetável é contraindicada em casos de:

- gestação,
- câncer de mama atual ou prévio,
- câncer de fígado, hepatite aguda ou cirrose severa,
- trombose atual,
- histórico de tromboembolismo venoso periférico ou tromboembolismo pulmonar,
- histórico de acidente vascular cerebral ou infarto de miocárdio,
- diabetes com comprometimento dos rins, olhos ou nervos,
- hipertensão,
- tabagismo em mulheres com mais de 35 anos,
- enxaqueca sem aura em mulheres com mais de 35 anos,
- enxaqueca com aura em qualquer idade,
- uso de lamotrigina,
- pessoas que amamentam – até seis meses após o parto.

- pessoas que não amamentam – até 21 dias após o parto ou até 42 dias após o parto em mulheres que têm risco aumentado de trombose.

Vantagens

Assim como os injetáveis trimestrais, os injetáveis mensais tendem a causar menos efeitos colaterais gastrointestinais do que as pílulas de uso oral. Podem ser indicados para mulheres que desejam contracepção hormonal combinada, mas que não podem usá-la por via oral ou têm dificuldade em tomar pílulas com regularidade.

Eficácia

A eficácia do método chega a 99% se utilizado corretamente.

Os efeitos colaterais, riscos e benefícios são semelhantes aos das pílulas combinadas, já mencionados anteriormente.

MÉTODOS INTRAUTERINOS

O dispositivo intrauterino (DIU) é um objeto pequeno de plástico flexível em forma de T que mede aproximadamente três centímetros ao qual se pode adicionar cobre, prata ou hormônios. Quando inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. Surgiu na década de 1960, nos Estados Unidos, e atualmente é um dos métodos de planejamento reprodutivo mais usados em todo o mundo por ser muito eficaz e de longa duração. Além disso, sua alta eficácia não depende de nosso comportamento, como os outros métodos. A seleção adequada da usuária e sua inserção cuidadosa, realizada por uma pessoa profissional treinada e experiente, melhoram a eficácia, a continuidade de uso e a segurança do método.

DIU DE COBRE

O DIU de cobre atua dificultando a passagem dos espermatozoides pelo trato genital feminino através de alteração do muco cervical. Além de criar um ambiente hostil para os espermatozoides, impedindo a fecundação, o DIU de cobre cria um processo inflamatório no endométrio que impede que um óvulo, caso seja fecundado, possa aderir a ele. Atualmente, existem três tipos de DIU de cobre, como você confere a seguir.

- Tcu 380 A: é o DIU de cobre mais utilizado em todo o mundo; tem comprimento de 36 mm, envergadura de 32 mm, sua duração é de dez anos e é o único disponível no SUS.
- DIU de cobre com prata: promete menos cólicas e maior eficácia, embora nenhum desses dois resultados tenha sido comprovado por estudos científicos. Esse tipo de DIU tem duração de cinco anos e não está disponível no SUS. Para inseri-lo, é necessário comprá-lo e realizar a inserção em um posto de saúde ou clínica particular.

- DIU com formato de ferradura: normalmente é inserido em adolescentes ou em mulheres que já expulsaram outro DIU, pois promete taxas de expulsão e de deslocamento menores que as do DIU padrão. Existem diversas marcas, mas é necessário comprá-lo, pois não está disponível no SUS.

Eficácia

O DIU de cobre tem uma eficácia superior a 99%, e o Tcu 380 A é o mais eficaz de todos, com uma taxa de falha de seis a oito a cada mil mulheres no primeiro ano. Nos anos seguintes, a taxa de falha é ainda menor.

Vantagens

- É um método altamente eficaz.
- Não depende de nosso comportamento.
- É um método de longa duração.
- Pode ser retirado a qualquer momento que a mulher desejar.
- Não apresenta os efeitos colaterais do uso de hormônio.
- Não aumenta risco para trombose.
- A fertilidade retorna logo após sua remoção.
- Após dez anos de uso, a mulher pode retirar o DIU e inserir outro em seguida, não sendo necessário tempo de descanso.
- Não interage com medicações.
- Pode ser usado até a menopausa.
- Não interfere na qualidade ou na quantidade de leite materno.

Desvantagens

- Pode causar efeitos colaterais, como cólica e aumento do fluxo menstrual.
- Não protege contra IST.
- Sua inserção pode ser dolorosa.
- Algumas mulheres não conseguem realizar a inserção ambulatorialmente por dor ou dificuldade da passagem do DIU pelo orifício do colo do útero.
- Algumas mulheres podem expulsar o DIU – a taxa de expulsão é de cerca de 5% no primeiro ano de uso.
- Durante o procedimento de colocação, é possível que haja perfuração uterina, uma complicação extremamente rara (em torno de 0,1%).
- Gravidez ectópica: existe um risco aumentado, caso a mulher engravide, de que essa gravidez seja fora da cavidade uterina (gravidez tubária, por exemplo).
- Infecção pélvica: atualmente, novos estudos sugerem que o DIU não aumenta a chance de a mulher ter infecção pélvica aguda. Porém, caso a mulher apresente uma infecção uterina, às vezes é necessário retirar o DIU para diminuir chances de complicações.

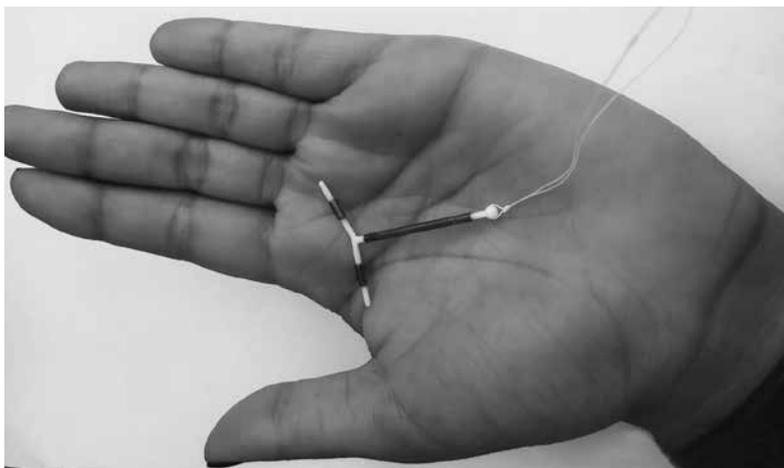


Figura 8 – Dispositivo intrauterino (DIU). Cortesia de Valeria Ribeiro.

Contraindicações

Quem não pode usar ou tem contraindicações:

- pessoas que tenham alergia ao cobre, doença de Wilson e menstruação volumosa e muito dolorosa,
- gestantes,
- pessoas com menos de quatro semanas de pós-parto (mas pode ser inserido nas primeiras 48 horas depois de a mulher dar à luz),
- pessoas que tenham doença inflamatória pélvica atual, sangramento uterino sem diagnóstico, distorção de cavidade uterina, câncer atual de endométrio, ovário ou colo uterino, doença trofoblástica e distúrbios de coagulação.

Como inserir

O DIU pode ser inserido em qualquer pessoa com útero e vagina que não tenha contraindicações de uso. Preferencialmente, opta-se por sua inserção durante o período menstrual, pois o orifício do colo está mais aberto, além de a menstruação indicar que provavelmente a pessoa não está grávida. No entanto, também é possível inseri-lo durante o período fértil (momento em que o orifício do colo também está bem aberto) ou em qualquer fase do ciclo, caso haja pressa ou se trate de uma janela de oportunidade. Pessoas que já tiveram parto vaginal ou ao menos passaram por dilatação durante trabalho de parto têm menos dor e dificuldades durante a sua inserção. O DIU pode e deve ser inserido em consultório médico, seja no posto de saúde ou em clínica particular – são raros os casos em que é necessária internação hospitalar para a sua colocação. A inserção dura aproximadamente 15 minutos e é feita por uma pessoa profissional capacitada.

No Brasil, médicas e médicos de família, assim como ginecologistas, são profis-

sionais aptas/os para inserir o DIU. Enfermeiras/os e obstetrias também podem inseri-lo, embora a maioria não tenha recebido capacitação para tal.

A inserção é feita da seguinte forma: primeiro, um exame ginecológico é realizado para descartar possibilidade de infecção e avaliar a posição do útero – se é anteversofletido (inclinado para a frente) ou retrovertido (projetado para trás). Em seguida, com o objetivo de prevenir infecções, faz-se a assepsia, uma limpeza com clorexidina ou iodo. Depois, pode ser necessário segurar o colo gentilmente com uma pinça enquanto o procedimento é realizado. Com uma espécie de régua, chamada histerômetro, o útero é medido a partir do orifício do colo do útero e, depois, insere-se o DIU. Por fim, corta-se o fio a aproximadamente dois centímetros do orifício do colo do útero e pode-se orientar a pessoa sobre a autoavaliação quanto ao posicionamento dos fios. Para isso basta ficar de cócoras e, com as mãos higienizadas, inserir 2 dedos lubrificados na vagina. Você sentirá os fios no orifício do colo do útero e poderá acompanhar o posicionamento do DIU através da observação do tamanho dos fios.

Onde conseguir

O DIU de cobre Tcu 380 A está disponível na atenção primária e secundária à saúde e é oferecido gratuitamente pelo SUS. A recomendação é que seja inserido nos postos de saúde por médica/o generalista ou de família e comunidade, sem que a mulher precise ser encaminhada para ginecologista.

Na rede suplementar de saúde (rede particular), é possível agendar a inserção de DIU com pessoas profissionais de medicina.

Acompanhamento pós-inserção

Há controvérsias quanto a solicitar, ou não, ultrassonografia para avaliar o posicionamento do DIU. Considera-se que, estando na cavidade, sua ação será efetiva. No entanto, ele pode se deslocar, posicionando-se no colo uterino. Por isso, médicas e médicos discutirão com cada paciente as vantagens de solicitar um ultrassom. Caso esse exame seja solicitado, será considerado tópico quando estiver dentro da cavidade. Como expulsões são mais frequentes no primeiro mês, as pacientes devem ser reavaliadas em 30 dias.

A mulher, com a/o médica/o que a acompanhe, deve avaliar visualmente o tamanho do fio. Se o fio estiver do mesmo tamanho que foi deixado na inserção, o exame de imagem é dispensável para controle. Não há necessidade de realizar exame de imagem rotineiro para avaliação do DIU e não existe uma recomendação oficial de frequência de visualização de fio. Levando em consideração que a taxa de expulsão após o primeiro ano cai consideravelmente, não são recomendados toques repetidos ou visualização do fio sem motivação clínica, apenas nas consultas em que houver exame

ginecológico. Há estudos que indicam que a expulsão normalmente é acompanhada de sintomas, como sangramento ou dores atípicas e não habituais para a usuária.

DIU como contracepção de emergência

O DIU de cobre pode ser inserido como contracepção de emergência (após relação desprotegida) até cinco dias após a relação, não sendo considerado um método abortivo. Também pode ser inserido imediatamente após o parto ou 40 dias após parto ou cesárea.

Gravidez na vigência do uso de DIU

Apesar de o risco de gestação ser muito baixo, uma vez que o método tem eficácia comparada à da laqueadura tubária, caso uma mulher engravide usando DIU⁸, pode-se optar pela retirada ou pela manutenção do dispositivo. O DIU pode aumentar o risco de parto prematuro e ruptura das membranas durante a gestação. Por outro lado, sua retirada, dependendo da localização da gestação, pode causar aborto espontâneo. A decisão de como proceder nesse caso deve ser tomada pela mulher em conjunto com a/o médica/o que a acompanhe.

DIU HORMONAL

O DIU hormonal com levonorgestrel (Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel – SIU-LNG), também conhecido pelo nome DIU Mirena, atua produzindo atrofia do endométrio, aumento da viscosidade do muco cervical, diminuição da mobilidade dos espermatozoides e anovulação (ausência de ovulação) em 25% das mulheres. Esse DIU libera um pouquinho de hormônio por dia (20 microgramas) na cavidade uterina e dura cinco anos. Esse método não está disponível na rede pública e, portanto, quem tem interesse de inseri-lo deve comprá-lo e agendar sua inserção no sistema público ou particular.

Eficácia

A eficácia do SIU-LNG-20 é de 99,8%, e sua taxa de falha é de duas a cada mil mulheres em um ano. O risco de gravidez e expulsão diminui a cada ano de uso.

Vantagens

- É um método muito eficaz, seguro e de longa duração.
- É reversível.
- Pode servir de tratamento para mulheres que desejam interromper a menstruação por cólica intensa ou endometriose.
- Em alguns casos, pode retardar cirurgias ginecológicas, como retirada de útero ou de endometriomas.

- A fertilidade retorna logo após a sua remoção.
- Tem poucos efeitos adversos hormonais sistêmicos.

Desvantagens

- Não protege contra IST.
- Sua inserção pode ser dolorosa.
- Algumas mulheres não conseguem realizar a inserção ambulatorialmente por dor ou dificuldade da passagem do DIU pelo orifício do colo do útero.
- Algumas mulheres podem expulsar o DIU. A taxa de expulsão é de cerca de 5% no primeiro ano de uso.
- Durante o procedimento de colocação, é possível que haja perfuração uterina, complicação extremamente rara (em torno de 0,1%).
- Existe um risco aumentado de gravidez ectópica, ou seja, caso a mulher engravide, essa gravidez pode acontecer fora da cavidade uterina (gravidez tubária, por exemplo).
- Caso a mulher apresente uma infecção uterina, às vezes é necessário retirar o DIU para diminuir chances de complicações, embora novos estudos sugiram que o DIU não aumenta a chance de a mulher ter infecção pélvica aguda.
- Um dos efeitos colaterais mais comuns é o *spotting* ou escape, manchas de sangue que podem ocorrer com frequência por conta da atrofia endometrial.
- A progestina tem efeitos sistêmicos, como acne, sensibilidade nas mamas, alteração de humor, inchaço e ganho de peso.
- O padrão menstrual se altera na maioria dos casos, o que pode ser visto como desvantagem por algumas mulheres.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS NATURAIS

Os métodos de percepção de fertilidade são os que levam em conta técnicas para engravidar ou evitar uma gravidez mediante a identificação do período fértil da mulher. Para isso, é necessário um estudo do próprio ciclo para que se possa identificar o período fértil. No caso de pessoas que não desejam engravidar, deve-se evitar relações sexuais durante esse período ou optar pelo uso de outro método.

A percepção do ciclo e da fertilidade pode ser feita de várias maneiras e sua eficácia pode variar de um método para outro. Aqui, recomendamos um método de percepção de fertilidade particular, o método sintotermal (do inglês *Fertility Awareness Method*), que leva em conta a temperatura basal e o aspecto do muco cervical (secreção do colo do útero), além da posição do colo do útero, para saber quando estamos férteis e quando não estamos, de modo que possamos, assim, evitar relações sexuais com ejaculação durante esse período.

A popular “tabelinha” não é um método de percepção de fertilidade, já que não leva em conta os sinais que o corpo dá; apenas permite estimar o dia da ovulação

com base na regularidade do ciclo, o que faz com que seja um método de baixa eficácia justamente por errar o período fértil com frequência.

Eficácia

A percepção de fertilidade tem uma eficácia de 98% quando feita adequadamente e quando são evitadas relações sexuais durante a fase fértil do ciclo ou utilizado um método de barreira eficaz (camisinha, por exemplo) durante essa fase. É importante salientar que são necessários pelo menos três meses de estudo do próprio ciclo antes de se começar a usar a percepção de fertilidade como método. Também se ressalta que, durante o período fértil, o método contraceptivo adotado pode falhar e, nesse caso, a falha é do método contraceptivo usado nessa fase (camisinha, por exemplo). De modo ideal, a percepção de fertilidade é um método que evita relações sexuais no período fértil. Como algumas pessoas desejam (e até preferem) fazer sexo nesse período, recomendamos o uso de um ou dois métodos para evitar gravidez (camisinha ou camisinha + diafragma, por exemplo).

Vantagens

- Não tem efeitos adversos de hormônios sintéticos.
- Promove autoconhecimento.
- Ensina sobre nossa anatomia e fisiologia.
- Mostra a muitas mulheres que achavam que eram inférteis que elas são, na verdade, férteis.
- Ensina sobre saúde para além da fertilidade.

Desvantagens

- Exige treinamento e disciplina.
- É necessário ter um termômetro de temperatura basal.
- É necessário ter ciclos ovulatórios relativamente regulares e entre 21-35 dias.

Como fazer

Adotar a percepção de fertilidade envolve estudar o próprio ciclo e estar atenta aos três principais sinais de fertilidade: o muco cervical, o aumento da temperatura basal e a mudança da posição do colo do útero.

A pergunta para a qual queremos resposta é: “Estou fértil hoje?” ou “Quando comecei meu período fértil e quando ele acaba?”.

- **Muco cervical:** é a mudança de padrão da secreção vaginal para muco fértil, o que normalmente acontece três dias antes da ovulação. O fluido fica pegajoso e transparente, com aspecto de clara de ovo, graças ao estrogênio, hormônio pro-

duzido pelos ovários durante a primeira fase do ciclo (a fase folicular). Com o aumento do estrogênio, há um estímulo para o cérebro produzir um hormônio que nos faz ovular quando atinge seu pico. Com a ovulação, o corpo-lúteo (folículo que continha o óvulo que saiu) começa a produzir progesterona, hormônio responsável pelos sintomas de nossa segunda fase do ciclo (a fase lútea).

- **Aumento da temperatura basal:** é o aumento da temperatura de nossos corpos causado pela progesterona. Quando nossa temperatura basal sobe (e permanece mais alta durante toda essa fase), sabemos que ovulamos. Isso é importante porque, a partir do momento que sabemos quando ovulamos e quando menstruamos, conseguimos calcular quantos dias dura nossa fase lútea do ciclo. É importante observar que a fase lútea é fixa para cada mulher, mas não dura exatamente 14 dias, como nos contaram nas escolas e nos aplicativos menstruais. Essa fase pode durar de 12 a 17 dias, o que depende de cada mulher.
- **Posição do colo do útero:** o colo do útero muda de posicionamento durante o período da ovulação; sobe, fica mais suave e aberto, além de molhado. Esse movimento do colo nos ajuda a saber em que fase do ciclo estamos.
- **Sinais de fertilidade secundários:**
 - escape de ovulação,
 - dor de ovulação,
 - aumento da vontade de fazer sexo,
 - aumento da libido (energia),
 - alterações na pele e na sensibilidade das mamas.

A seguir, confira as quatro regras da percepção de fertilidade.

1. **Regra dos cinco dias:** você está protegida nos cinco primeiros dias do seu ciclo se teve uma elevação de temperatura de 12 a 16 dias antes (ou seja, se ovulou há aproximadamente duas semanas). Essa regra dos cinco dias independe da quantidade de dias que você sangrou. Se sua menstruação durou quatro dias, a regra dos cinco dias continua valendo; se sua menstruação durou sete dias, também. Qualquer dia depois do quinto dia deve ser considerado fértil.
2. **Regra do dia seco:** antes da ovulação, você está protegida nos dias “secos”, ou seja, se sua vagina não tiver muco. Qualquer sinal de muco (ainda que não seja a típica clara de ovo) deve ser considerado como dia potencialmente fértil.
3. **Regra do dia do pico:** você está protegida no terceiro dia após seu dia do pico, que é o último dia de muco “clara de ovo” ou sensação de lubrificação vaginal. A indicação de que você está protegida é a ocorrência de três dias de “secura” vaginal.
4. **Regra da mudança de temperatura:** você está protegida no terceiro dia consecutivo de temperatura elevada passado o seu “dia do pico”. Como o aumento da temperatura indica que a ovulação ocorreu, esperar três dias é uma maneira

precavida de ter certeza de que não há mais a remota possibilidade de liberação de mais de um óvulo e, portanto, também não há chance de fertilidade.

Onde obter informações

Para fazer a percepção de fertilidade corretamente, é importante se informar sobre o assunto e fazer anotações sobre os sinais de fertilidade e os sinais do ciclo como um todo por pelo menos três meses. Uma tabela pode ajudar a visualizar as mudanças que ocorrem para que você aprenda quando ovula e quando está fértil. Acompanhe seu ciclo, anote as informações em uma tabela e, a partir daí, calcule o tempo que dura a sua segunda fase do ciclo (duração do período que vai do dia da sua ovulação até o primeiro dia da menstruação). Se você tiver ciclos regulares, vai conseguir prever a data da próxima ovulação. Por exemplo: se tiver ciclos de 30 dias e descobrir que sua segunda fase do ciclo dura 13 dias, saberá que, normalmente, sua primeira fase do ciclo dura 17 dias, ou seja, você costuma ovular no décimo sétimo dia do ciclo.

Em geral, a primeira fase do ciclo pode se adiantar ou atrasar. Quando dizemos que nossa menstruação atrasou, na verdade, foi a ovulação que atrasou e, consequentemente, fez nossa primeira fase do ciclo durar mais dias. Por isso, é importante observar o muco todos os dias, já que ele pode se modificar antes ou depois, indicando que a ovulação se aproxima.

Entender o ciclo menstrual, os tipos de fluido e as secreções da vagina e do colo do útero, assim como saber um pouco sobre os hormônios, é importante para quem quiser adotar esse método.

Saiba mais

- Site de Carol Brandão, estudiosa do assunto: Disponível em: <http://www.ladoocultodalua.com>.
- Instagram de Carol Fischmann, estudiosa do assunto: [@fluenciakorporal](https://www.instagram.com/fluenciakorporal).
- Cartilha “Fique Amiga Dela”, do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/cartilha-fique-amiga-dela/>
- Livro “Viva seu ciclo”. Disponível em: <http://www.ladoocultodalua.com/2018/09/25/viva-seu-ciclo/>.
- Vídeo de Halana Faria sobre contracepção. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=itLd5OF50y8>.
- Livro “Taking Charge of Your Fertility”, de Toni Weschler (disponível somente em inglês).

MÉTODOS QUE PODEM SER USADOS PELAS MULHERES SEM CONSENTIMENTO DOS PAIS OU DO PARCEIRO

Há situações em que as mulheres necessitam de um método contraceptivo que possam usar sem o conhecimento do parceiro. Um estudo realizado com clientes da Planned Parenthood, na Califórnia, nos Estados Unidos, revelou que aproximadamente uma em cada sete mulheres tinha um parceiro que tentou interferir em seus esforços para evitar uma gravidez indesejada. A sabotagem da prevenção de gravidez pode incluir esconder a pílula ou jogá-la fora, estourar intencionalmente a camisinha, remover anéis vaginais contraceptivos ou adesivos anticoncepcionais.

Também há situações em que não queremos que outras pessoas, além de nosso parceiro, saibam que estamos usando algum método contraceptivo. Por exemplo, se você é adolescente, pode ficar preocupada que seus pais descubram. Caso você tenha que manter em segredo o uso de métodos contraceptivos, por qualquer razão, existem algumas opções.

COMPLETAMENTE INVISÍVEL: MEDROXIPROGESTERONA INJETÁVEL

Essa injeção de hormônio no glúteo ou no braço a cada três meses é um dos métodos mais confidenciais disponíveis. Ninguém, nem mesmo seu parceiro, ficará sabendo sobre esse método, a não ser que você decida contar. Pode ser difícil conseguir ir à UBS ou à farmácia quatro vezes por ano sem que ninguém próximo descubra, porém pode ser mais fácil do que ficar escondendo pílulas que devem ser tomadas todos os dias.

SÓ VOCÊ SABE QUE ESTÁ LÁ: IMPLANTE

O implante, uma haste fina do tamanho de um palito de fósforo, é colocado debaixo da pele de seu braço e apresenta mais de 99% de eficácia. Após a sua inserção, realizada por médica/o ou por enfermeira/o, você ficará com um curativo durante alguns dias e poderá apresentar hematomas. Uma vez curados os hematomas, ninguém conseguirá ver que a haste está lá – teriam que saber o lugar exato para encostar no seu braço e senti-la.

SEU PARCEIRO PODE SABER, MAS NINGUÉM MAIS SABERÁ: DIU E ANEL VAGINAL

O DIU (dispositivo intrauterino) é um pequeno dispositivo inserido em seu útero que apresenta uma eficácia contra gravidez superior a 99%. Às vezes, o parceiro pode sentir os fios que auxiliam a médica ou o médico a retirar o dispositivo quando você quiser, pois eles ficam localizados no colo do útero, dentro de sua vagina.

O anel, que você mesma pode inserir, localiza-se perto do colo do útero e libera

pequenas quantidades de hormônio, garantindo uma eficácia de 92% contra gravidez. Se você tem medo de que seu parceiro o descubra ou se você não gosta de usá-lo enquanto faz sexo, pode retirá-lo e guardá-lo em local limpo e seguro durante até três horas por dia.

SE VOCÊ ESTIVER ESCONDENDO O MÉTODO CONTRACEPTIVO DE SEU PARCEIRO

Usar ou não usar método contraceptivo pode ser uma decisão individual – e não há nada de errado em tomá-la de maneira sigilosa. Dentro de um relacionamento violento, pode ser difícil negociar o uso de métodos contraceptivos e perigoso dialogar sobre esse assunto. Situações como “ele fala que é igual a chupar bala com papel, que quer sentir de verdade”, “ele me engana às vezes, a camisinha está ali e ele diz que só vai ficar brincando, então eu pergunto se ele põe se for rolar, ele diz que põe, aí chega na hora e ele não usa” ou “ele fica bravo quando peço pra colocar camisinha, fica desconfiado, acha que eu o traí” são sinais de alerta para um relacionamento que pode estar se tornando abusivo.

A pessoa com quem você está tendo relações deve respeitar sua decisão. Procure ajuda caso você esteja percebendo atitudes abusivas.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A camisinha estourou.

Ele tirou a camisinha durante a relação.

Não pensei que fôssemos fazer sexo.

Esqueci de tomar a pílula.

Fui estuprada.

Em um mundo ideal, deveríamos estar sempre preparadas para ter relações seguras, com parcerias que respeitem nossas escolhas e também participem da contracepção, mas a verdade é que muitas de nós nos encontramos em situações com risco de

engravidar de maneira indesejada. Além disso, mesmo em situações nas quais nossos planos de contracepção são respeitados, pode ocorrer falha do método – afinal, todos têm um modo de funcionar e nenhum atinge 100% de eficácia. Em casos de relação sexual com risco de gestação indesejada, não estamos mais limitadas a nos preocupar e aguardar, pois o uso da contracepção de emergência pode diminuir consideravelmente as chances de gravidez.

A anticoncepção ou contracepção de emergência mais comum consiste na utilização de pílulas contendo estrogênio e progestina ou apenas progestina que podem ser utilizadas logo após a relação sexual sem proteção e até três dias depois, apesar de apresentarem melhor eficácia se ingeridas em até 24 horas após a relação sexual. Por esse motivo, é mais interessante chamá-las de pílula de emergência do que pelo nome mais conhecido, “pílula do dia seguinte”. Esse método está disponível no SUS, condicionado à realização de uma consulta, ou pode ser comprado sem receita médica em farmácias. Deve ser usado somente como método de emergência, e não de forma regular, jamais substituindo outro método anticoncepcional.

Outra opção de contracepção de emergência é o DIU de cobre. Quando inserido precocemente após uma relação de risco para gestação indesejada, atua dificultando a instalação de uma gravidez. Para que um serviço de saúde consiga ofertá-lo em tempo hábil, é preciso garantir vagas para consulta e material para que o procedimento seja feito sem demora.

Muitas vezes, o medo dos efeitos negativos à saúde atrasa a busca por métodos de emergência. Algumas mulheres ouvem histórias assustadoras que podem ser equivocadas, tendenciosas, baseadas em casos isolados ou em informações antigas. “Bomba de hormônio” e “método abortivo” são termos que costumam ser usados em referência à contracepção hormonal de emergência e ao DIU de cobre, respectivamente, e são duas denominações equivocadas. A contracepção de emergência hormonal não tem efeitos secundários graves ou de longa duração e pode ser considerada segura para quase todas as mulheres.

É importante levar em consideração os riscos à saúde que uma gravidez indesejada pode ocasionar: eles são maiores do que aqueles provocados por qualquer forma de contracepção. Por isso, toda pessoa que busca ajuda por se encontrar em risco de desenvolver uma gravidez indesejada deve ser acolhida, escutada e orientada do ponto de vista técnico sobre as opções disponíveis.

Não disponibilizar a anticoncepção de emergência fere os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, previstos na Lei Federal nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar⁹. É importante ressaltar, ainda, que nenhum dos métodos de emergência é considerado abortivo.

A seguir, confira os esquemas que podem ser utilizados para anticoncepção de emergência.

- Progestina isolada – levonorgestrel (comprimido de 0,75 mg ou comprimido de 1,5 mg): tomar uma dose total de 1,5 mg, que pode ser administrada em dose única oral de 1,5 mg ou em duas doses de 0,75 mg administradas com intervalo de 12 horas. A dose única apresenta a vantagem de simplificar o uso, evitando o esquecimento da segunda pílula após 12 horas.
- Anticoncepcionais hormonais orais combinados (etinilestradiol e levonorgestrel) – 30 mg de etinilestradiol + 150 mg levonorgestrel: tomar quatro comprimidos de 12 em 12 horas por um dia. Ou 20 mg etinilestradiol + 100 mg levonorgestrel: tomar cinco comprimidos de 12 em 12 horas por um dia. Ou 50 mcg de etinilestradiol + 250 mcg de levonorgestrel: tomar dois comprimidos de 12 em 12 horas por um dia.
- DIU de cobre: pode ser inserido e funcionar como contracepção de emergência em até cinco dias depois da relação desprotegida. Caso se saiba o dia da ovulação, o DIU poderá ser colocado em um intervalo maior, excedendo os cinco dias após a relação, desde que sua inserção não ultrapasse cinco dias após a ovulação.

Porque podem apresentar efeito colateral como náuseas e vômito, os contraceptivos de emergência compostos por estrogênio e progestogênio apresentam eficácia inferior ao método de progestogênio isolado. Se houver ocorrência de vômito em menos de duas horas depois de fazer uso da pílula, a mulher deve repetir a dose ingerida da contracepção de emergência.

O período menstrual seguinte ao uso da contracepção de emergência pode vir um pouco mais cedo ou mais tarde que o habitual. No entanto, se a menstruação não ocorrer entre duas e quatro semanas após o uso da contracepção de emergência, a mulher deverá fazer um teste de gravidez.

CONSIDERAÇÕES SOBRE PESSOAS TRANSGÊNERO OU NÃO BINÁRIAS

Quando uma pessoa não se identifica com o gênero atribuído a ela em seu nascimento, é possível buscar estratégias de modificação física para aproximar sua performatividade de gênero de sua identidade de gênero. Algumas dessas estratégias envolvem o uso de hormônios para modificação corporal, o que pode diminuir a função reprodutiva em algumas pessoas. No entanto, seu uso como contracepção não é adequado por não ter eficácia previsível, ou seja, sempre que pessoas transgênero ou não binárias tiverem relações sexuais que envolvem potencial encontro entre esperma e óvulo, é possível que ocorra uma gestação.

Dessa maneira, é recomendado que pessoas trans utilizem métodos contraceptivos quando desejam evitar gestações. No caso de pessoas com útero que querem parar de menstruar, esse desejo pode ajudar a guiar a escolha do tipo de método contraceptivo.¹⁰

HOMENS CIS E MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

No início, eu tinha medo de conversar sobre contracepção com meu parceiro, pois achava que ele não se interessaria pelo assunto. No entanto, à medida que conversávamos, percebi que ele desejava evitar uma gravidez não planejada tanto quanto eu. Discutimos a respeito das formas a partir das quais ele poderia participar do processo de contracepção e, depois disso, nós dois nos sentimos mais confiantes nas escolhas que fizemos juntos.

Contracepção não é um assunto que diz respeito somente às pessoas que podem engravidar. Os homens também se beneficiam de muitas maneiras do uso de métodos contraceptivos, uma vez que podem decidir quando e se querem se tornar pais – além disso, devem proteger a si mesmos, bem como suas parcerias, contra IST. Quando o homem deixa nas mãos da pessoa que pode engravidar a decisão sobre qual método contraceptivo utilizar, ele não apenas cria um fardo injusto para ela, mas também perde sua habilidade de prevenir uma gravidez não planejada. Muitos homens, ao não assumirem a responsabilidade pela contracepção, acabam se tornando pais antes mesmo de estarem dispostos. Quando participam das decisões relacionadas à contracepção, os homens aumentam as chances de a pessoa com quem se relacionam estar protegida, demonstrando que se importam com ela e com seu futuro – demonstrando que são de fato parcerias na relação sexual, e não apenas espectadores ou beneficiários. Conversar com a pessoa a respeito de métodos contraceptivos é uma boa maneira de saber sobre seus interesses em participar do processo, além de uma oportunidade de avaliar se é uma boa escolha como parceria sexual.

Nossa cultura e a mídia raramente falam sobre a responsabilidade que os homens deveriam ter na prevenção de IST e de gravidez não planejada. As informações veiculadas sobre contracepção são destinadas às mulheres e, muitas vezes, ignoram o impacto que o sexo sem proteção pode ter nos homens. Usar camisinha peniana é a maneira mais fácil que os homens podem encontrar de participar do processo de contracepção, mas eles precisam estar dispostos a fazê-lo. Alguns homens não estão interessados em usá-la, pois ouvem falar que não é “coisa de homem” ou têm ideias preconcebidas de que o sexo não é tão bom com camisinha. Essas atitudes revelam falta de educação sexual e de respeito pelas parceiras e os exime de assumir responsabilidade por suas ações.

Além de comprar e usar camisinha, os homens também podem ajudar a pagar eventuais consultas médicas ou medicamentos; fazer parte da decisão de investir em um método contraceptivo reversível de longa duração; ajudar a parceira a lembrar de

tomar a pílula todos os dias se esse for o método escolhido; ajudar a retirar o diafragma ou a inserir o espermicida e verificar se esses produtos estão acabando.

Se você e seu parceiro tiverem certeza de que nunca vão querer ter filhos ou se a sua família já tem o tamanho que vocês consideram ideal, a vasectomia pode ser uma boa opção. O futuro reserva muitas outras oportunidades para que os homens participem ativamente da contracepção, pois vários métodos contraceptivos estão sendo desenvolvidos para eles. O que está mais perto de ser lançado é uma injeção criada por pesquisadores indianos a ser aplicada na região dos testículos para inibir a produção de espermatozoides. O método dura até 13 anos e pode ser reversível, mas ainda está em fase de liberação na Índia e não há perspectivas de quando chegará ao Brasil.

NOTIFICANDO UM PROBLEMA COM O MÉTODO CONTRACEPTIVO

Embora os métodos contraceptivos, em geral, sejam seguros, o uso de qualquer medicação ou dispositivo, incluindo a contracepção, envolve riscos. Com o objetivo de monitorar a segurança de todos os medicamentos e dispositivos, a Anvisa trabalha com profissionais da área da saúde, clínicas e hospitais espalhados por todo o país para reunir informações a respeito de pacientes que tiveram sérios problemas de saúde. Se você apresenta um problema grave que possa estar relacionado ao uso de anticoncepcionais, informe a médica ou médico que te acompanha ou a uma UBS.

Muitas pessoas profissionais de saúde automaticamente reportam à Anvisa e ao Inmetro esses problemas de saúde preocupantes, o que pode ajudar outras mulheres a evitarem riscos similares, melhorando, assim, a segurança de futuros produtos contraceptivos.

ENGRAVIDANDO PÓS-MÉTODO CONTRACEPTIVO

Você já deve ter ouvido falar que o uso de alguns métodos contraceptivos pode afetar sua capacidade de engravidar mesmo após parar de tomá-los. Nenhum método contraceptivo, com exceção da esterilização, interfere permanentemente na sua capacidade de engravidar e de ter filhos mais tarde na vida. Na verdade, o que pode eventualmente afetar a fertilidade futura é uma gravidez não planejada ou uma IST. Portanto, métodos contraceptivos, em especial aqueles que protegem contra IST, podem inclusive preservar sua capacidade de engravidar no futuro.

Alguns métodos podem continuar a prevenir a gravidez por um curto período, mesmo após a interrupção de seu uso. A medroxiprogesterona de depósito, por exemplo, pode continuar a fazer efeito em uma minoria das mulheres até 18 meses

após a última injeção, embora não existam provas de sua influência a longo prazo na fertilidade.

NOTAS

1. Para mais informações, acesse o site do Coletivo: <https://www.mulheres.org.br/>.
2. Adaptado de: WHO. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>.
3. Outras informações podem ser encontradas no site do Ministério da Saúde – <http://bvs-ms.saude.gov.br/dicas-em-saude/699-camisinha-feminina> – e no vídeo da ginecologista do Coletivo Feminista Halana Faria, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oHIJ-DAYueXQ>.
4. O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, localizado na cidade de São Paulo, em Pinheiros, é uma das referências para medição de diafragma no Brasil atualmente.
5. Mais informações sobre o diafragma podem ser encontradas no vídeo de uma das ginecologistas do Coletivo Feminista: https://www.youtube.com/watch?v=sPHvm_9taO0.
6. A referência utilizada para abordar contraindicações a métodos hormonais foi extraída dos Critérios de Elegibilidade da OMS, cuja última versão data de 2015.
7. A presença de aura na enxaqueca é uma sensação que pode durar de minutos a uma hora antes da dor de cabeça propriamente dita; pode ser olfativa, visual, auditiva (a pessoa pode ver pontos luminosos ou escuros, sentir um cheiro característico ou ouvir um som específico). Normalmente, as pessoas que têm enxaqueca sabem se têm aura ou não.
8. Recomendamos o vídeo de Halana Faria, uma das ginecologistas do Coletivo Feminista, sobre o DIU de cobre: <https://www.youtube.com/watch?v=Wxt81Z4YHr4>. Além disso, você também pode ler a cartilha informativa sobre DIU de cobre do Coletivo Feminista, disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/07/protocolo-diu.pdf>.
9. A Lei garante que toda a rede de serviços que compõem o SUS deve ser obrigada a garantir assistência a concepção e contracepção a todas as pessoas. Além disso, também determina que “serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”. Entre tais métodos, está a contracepção de emergência.
10. Para mais informações, consulte: Committee Opinion N°. 685, “Care for Transgender Adolescents. Committee on Adolescent Health Care”. *Obstetrics and Gynecology*, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28002311/>; Alexis D. Light, Juno Obedin-Maliver, Jae M. Sevelius e Jennifer L. Kerns, “Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning”. *Obstetrics and Gynecology*, v. 124, n. 6, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25415163/>.

SEXO MAIS SEGURO

O SEXO consentido, em que participamos ativamente, pode ser puro prazer e nos permitir expressar desejo, diversão, intimidade, vulnerabilidade e poder. No entanto, também pode nos expor ao risco de gravidez e a infecções sexualmente transmissíveis (IST). Na maioria dos casos, as IST têm tratamento, mas algumas, quando não tratadas, podem trazer graves consequências a longo prazo, incluindo dor crônica, infertilidade, câncer e até mesmo morte.

Como podemos ter prazer e também proteger nossa saúde? Como podemos explorar nossa sexualidade e evitar infecções e gravidez indesejada? Muitas de nós sabemos as respostas básicas, mas, no calor da hora, em algum momento, já falhamos em usar a proteção que mais nos beneficiaria. Felizmente, podemos nos preparar melhor para esses momentos. A escolha do método de proteção é sua e deve ser feita de acordo com seu conhecimento do assunto, conforto, segurança e condição de adquirir o método. Profissionais de saúde podem te auxiliar nessa escolha informada, e a pessoa com quem você vai se relacionar também pode opinar sobre suas preferências.

Este capítulo aborda maneiras sexualmente positivas de proteger você e a pessoa com quem você estiver de IST. Para conhecer maneiras de prevenir a gravidez indesejada, você pode consultar o capítulo 9, “Métodos contraceptivos”.

POR QUE FAZER SEXO MAIS SEGURO?

“Sexo mais seguro” é como chamamos certas etapas que você pode adotar antes e durante a atividade sexual e que comprovadamente reduzem o risco de IST. Usamos o termo “sexo mais seguro” em vez de “sexo seguro” porque sexo nunca é 100% seguro.

Muitas de nós já ouvimos falar do HIV, o vírus que causa a Aids (do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA), e de outras IST, como gonorreia, clamídia, sífilis, HSV (vírus do herpes simples) e HPV (papilomavírus humano genital, fator de risco para câncer de colo de útero e verrugas genitais). O que talvez muita gente não saiba é que as IST são muito comuns! Os dois principais fatores de risco para contrair IST são práticas sexuais sem uso de preservativos e idade mais baixa.

Está comprovado que mais de duas dezenas de infecções bacterianas, virais ou parasitárias, podem ser transmitidas através do contato sexual. Muitas pessoas não sabem que estão infectadas porque nunca fizeram exames e porque muitas IST não apresentam sintomas perceptíveis. Infecções bacterianas e parasitárias geralmente são tratadas com antibióticos ou outros medicamentos que precisam de receita médica. Para as infecções virais, como HIV e HTLV (vírus T-linfotrópico humano), não existe cura, mas há tratamento para retardar ou reduzir os sintomas.

Em junho de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um boletim informando que há mais de um milhão de novos casos de IST curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos a cada dia² no mundo – isso equivale a mais de 376 milhões de novos casos anuais de quatro infecções: clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis.

Em relação à sífilis, por exemplo, as notificações no Brasil vêm apresentando tendência de aumento na população mais jovem, de 13 a 29 anos.³

NOÇÕES BÁSICAS PARA UM SEXO MAIS SEGURO

A expressão “sexo mais seguro” se refere a práticas sexuais capazes de reduzir ou eliminar a exposição às IST, normalmente por impedir o contato com sangue, sêmen ou fluidos vaginais. Usar preservativo sempre, e da forma correta, é um componente essencial para um sexo mais seguro.

Algumas IST, como herpes e HPV, e doenças genitais ulcerativas, como sífilis, podem ser transmitidas através do contato com a pele não coberta por um preservativo. O risco é reduzido quando a área infectada ou o local vulnerável a exposição está protegido. Sabe-se, porém, que as camisinhas vaginais e penianas protegem apenas vagina, pênis e ânus, e que o sexo envolve explorar e tocar muitas outras áreas.

A PREPARAÇÃO

Podemos fazer, então, a chamada “prevenção combinada” – diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Sua definição pelo Ministério da Saúde está relacionada à combinação das três intervenções – biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais) –, aplicadas aos âmbitos individual e coletivo. A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades da prevenção combinada.⁴ O objetivo é “o melhor sexo com a maior proteção possível!”.⁵

Algumas atitudes que tornam o sexo mais seguro são:

- Usar preservativo.
- Vacinar-se contra hepatites e HPV, de acordo com as recomendações disponíveis pelo Ministério da Saúde em seu site.⁶

- Testar-se regularmente para HIV e outras IST.
- Realizar exame de rastreamento para câncer de colo do útero.
- Realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ou Pós-Exposição (PEP), quando indicado. A PEP é uma estratégia de prevenção de urgência quando houver relação sexual com risco de transmissão de IST. Falaremos mais adiante dela.
- Conhecer e ter acesso a anticoncepção.

A CONVERSA

Quer você esteja pensando em fazer sexo com alguém diferente ou fazendo escolhas sexuais com a pessoa com a qual está se relacionando, há algumas perguntas importantes que devem feitas: quando e como falar sobre IST? Que atividades têm menor – ou maior – risco de transmissão de IST? Como decidir qual é a melhor proteção para você e não deixar de cumprir as suas decisões?

Refletir sobre essas questões e discutir as respostas com suas parcerias são os primeiros passos para viver sua sexualidade sem abrir mão de segurança. Talvez você já saiba que essas conversas podem ser tranquilas e empoderadoras. Veja o que diz uma brasileira:

Tenho 38 anos e sou divorciada. Fiquei 22 anos em um relacionamento, sendo 17 anos casada, e me separei há pouco tempo. Como ele foi meu primeiro e único parceiro sexual durante esse período, não tive muita experiência nessa área. Comecei a vida sexual com 16 anos usando camisinha e, em seguida, passei a usar anticoncepcional. Sempre tive pavor de engravidar e, antes de me separar, estava usando somente camisinha, pois senti que o uso do anticoncepcional por tantos anos ininterruptos não estava me fazendo bem.

Quando me separei há um ano e meio, me senti com 15 anos novamente. Não sabia muito o que pensar ou como agir em relação a novas experiências. Minhas amigas se divertiam com minhas dúvidas e perguntas, pois pareciam mesmo as de uma adolescente descobrindo o mundo sexual. Durante esse período, tive apenas quatro parceiros sexuais – e a maioria insistia na ideia de que a camisinha não era eficaz, incomodava e poderia estourar. Assim, com medo, voltei a usar a pílula e, após relutar e negociar inúmeras vezes, acabava topando transar sem camisinha usando apenas a pílula como anticoncepcional, mas não me atentava ao perigo das IST, pois ingenuamente confiava na palavra deles.

Quando terminei com meu último parceiro há alguns meses, decidi parar o anticoncepcional e dar um tempo pra mim mesma. Estava cansada de exigir o uso da camisinha toda vez. Pensei comigo mesma que ia tentar ser mais firme e tornar isso um critério para as próximas relações. Em seguida, tive minha primeira consulta

com a Dra. C. Era apenas rotina e aproveitei pra tirar algumas dúvidas em relação a métodos contraceptivos. Ela me explicou que havia inúmeros métodos e me apoiaria no que eu decidisse seguir; também enfatizou que a camisinha é um método muito seguro e eficaz se sabemos usá-la corretamente. Quando ela me disse isso, não entendi muito bem, lembrei das experiências anteriores e do quão estressante e cansativo era ter que ficar exigindo e negociando o uso com os parceiros.

Algumas semanas após a consulta, desencanada de achar alguém tão cedo novamente, ainda mais no meio de uma pandemia, eis que me surge um crush novo. Um cara responsável que nem cogita transar sem camisinha. Achei estranho não ter que pedir pra usar. Achei estranho ele sempre ter camisinha (e das boas). Achei estranho, mas aí entendi o que a Dra. C. estava tentando me falar na consulta. Ou seja, descobri que é libertador não ter que tomar pílula com medo de engravidar e que o sexo pode ser bom e seguro somente com camisinha, sim. Fico feliz em poder compartilhar minha experiência, pois imagino que, assim como eu, há inúmeras mulheres passando pelo mesmo processo de lidar com o desconhecido.

DEZ MITOS SOBRE AS IST

1. **“Só de olhar é possível saber se alguém tem uma IST”**. Não dá para saber com certeza quem pode ter HIV ou outra IST. Muitas pessoas não sabem que estão infectadas porque muitas IST são silenciosas, isto é, apresentam poucos ou nenhum sintoma.
2. **“Como faço sexo com uma única pessoa, estou segura”**. Uma relação monogâmica reduz o risco de infecção desde que nenhum dos parceiros chegue à relação com uma infecção preexistente. Porém, muitas pessoas iniciam novos relacionamentos sem saber se estão infectadas com uma IST, pois não fazem testes – e as pessoas nem sempre dizem a verdade sobre suas práticas sexuais anteriores ou atuais. Se estiver fazendo sexo com uma única pessoa e essa pessoa tiver outras parcerias, você pode estar exposta. Conversar sobre como minimizar riscos de transmissão de IST e fazer acordos (como o uso de camisinha) pode ser importante nas relações diversas, monogâmicas e não monogâmicas.
3. **“Se tirar o pênis antes de gozar, não serei infectada”**. Mesmo antes da ejaculação, algumas gotas que o pênis solta – líquido pré-ejaculatório – durante a excitação podem transmitir IST e conter espermatozoides. O ideal é colocar a camisinha assim que o pênis estiver ereto.
4. **“Meu método contraceptivo me protegerá das IST”**. Preservativo é o único método contraceptivo que oferece dupla proteção: contra gravidez e IST. Pílula, injeções, implantes hormonais, diafragmas e DIU não protegem contra as IST.

5. **“Mulheres que fazem sexo com mulheres não pegam IST”**. Todas as pessoas que participam de certas atividades sexuais correm o risco de pegar IST, embora ele seja menor para mulheres que transam apenas com outras mulheres. Muitas práticas sexuais não dependem de pênis e vagina e também podem transmitir infecções. Algumas IST podem ser transmitidas pelo contato entre a boca e os genitais, pelo contato entre os genitais, pelo compartilhamento de brinquedos sexuais e por meio da troca de fluidos vaginais. Algumas IST podem ser transmitidas por contato de pele com pele.
6. **“Eu tenho uma IST e nós já transamos, então não há razão para usar proteção”**. Ainda assim, praticar sexo mais seguro é fundamental. A outra pessoa pode não ter sido infectada e, ainda que ambas tenham uma IST, pode-se tratar de subtipos diferentes da mesma infecção, o que pode piorar a infecção das duas. Além disso, talvez sua parceria não saiba que tem uma IST diferente, o que pode acelerar a progressão da infecção atual. Assim, as pessoas envolvidas podem ficar retransmitindo a infecção daqui pra lá e de lá pra cá se não forem tratadas.
7. **“Sou jovem (ou velha) demais para pegar uma IST”**. Pessoas de todas as idades que fazem sexo podem contrair uma IST. Lacerações na parede vaginal são mais comuns em mulheres e pessoas com útero na pós-menopausa; a menor produção de lubrificantes e a atrofia genital podem aumentar a suscetibilidade a bactérias e infecções.
8. **“IST só atingem outras pessoas, a mim não. Além disso, não se pode pegar uma IST logo na primeira vez que se transa”**. Qualquer pessoa que participe de atividades sexuais com alguém que tenha uma IST pode contrair uma IST, não importa se é a primeira ou a centésima transa.
9. **“Brincamos nus e fizemos sexo oral, mas não fomos até o fim, por isso não estamos em risco”**. Não fazer sexo anal ou vaginal reduz o risco de pegar uma IST, mas algumas infecções podem se espalhar por meio de sexo oral ou pelo contato de pele com pele. Você pode contrair HPV, por exemplo, se a pessoa estiver infectada e vocês esfregarem uma genitália na outra. Herpes se transmite por contato genital ou oral, por meio de uma vesícula em desenvolvimento ou já existente; o vírus também pode se disseminar sem sintomas.
10. **“Nós tomamos banho antes do sexo e, por isso, não temos infecções”**. Lave-se bem, se quiser, mas depois se proteja. Lavar os genitais, a área anal e as mãos antes e depois do sexo e entre o contato anal e vaginal ou oral é bom em termos de higiene e pode evitar infecções do trato urinário, mas essa limpeza não impede a transmissão de IST – ducha íntima, aliás, nunca é uma boa ideia: pode até mesmo levar as infecções para dentro de órgãos reprodutores, além de alterar a flora vaginal, deixando você suscetível a outras infecções. Depois de se lavar antes do sexo, não se esqueça de usar camisinha!

Uma mulher de 32 anos reconhece que levou um tempo para tomar a atitude de se proteger:

Meus pais investiram na construção dos meus valores e em uma boa educação, mas foram criados em uma família tradicionalista, e sexo não era uma pauta superaberta. Foi a partir dos meus valores, do respeito às minhas vontades, que construí a base para fazer o que quero, para ter coragem de falar sobre isso com o parceiro e para tirar dúvidas com amigas, médicos ou pesquisar os temas no Google.

Um desafio que ainda enfrento é o de autoestima e aceitação de um corpo fora dos padrões da mídia... É algo que sempre me deixa desconfortável nas primeiras saídas com um novo parceiro.

Após os 30, me sinto mais confortável de falar abertamente sobre sexo com minhas amigas, sobre como funcionam os desejos e fetiches para cada uma. Tenho vários amigos homens e sempre busco conversar sobre o que é sexo para eles. Essa dissociação do carnal e do sentimento, que para a maioria das mulheres é algo extremamente interdependente, para a maioria deles é algo bem distinto... Enfim, além de todos os cuidados com doenças e de conhecer o nosso corpo, vejo também o vale de conhecimento das relações psicológicas e sociais quando falamos de sexo e as vontades e os papéis da mulher na cama ou em uma relação.

Concordar em usar proteção pode ajudar ambas as pessoas em uma relação a se sentirem mais relaxadas e íntimas. Você pode acabar descobrindo que é capaz de explorar e curtir mais o sexo quando se sente mais confiante de não pegar (ou passar) uma IST – além disso, ser assertiva sobre sexo mais seguro pode ajudá-la a expressar melhor seus desejos e preferências sexuais.

É melhor falar sobre IST com as pessoas antes de ter qualquer tipo de sexo. Isso pode ser difícil, mas é uma parte importante do autocuidado – seu e das parcerias. Se possível, comece com uma conversa espontânea em outro momento que não seja o de transar ou tente quebrar o gelo com perguntas como “de que tipo de camisinha você mais gosta?” ou “você já experimentou camisinhas com sabor?”.

Muitas pessoas dizem que ajuda conversar primeiro com amigos ou profissionais de saúde sobre como tocar no assunto e sobre as estratégias que funcionam melhor para ter esse papo. Para algumas, o humor é uma ótima forma de abrir caminho para discussões mais sérias. Se falar sobre sexo mais seguro for extremamente difícil, seja porque você se sente incomodada, seja porque teme por sua segurança, consulte o tópico deste capítulo “Não é tão fácil: desafios à nossa própria proteção”.

A seguir, sugerimos algumas perguntas que você e a pessoa com quem está podem se fazer:

- Nós, ou alguma de nossas antigas parcerias sexuais, já tivemos uma IST? Quando? Qual foi?
- Nós, ou alguma de nossas antigas parcerias sexuais, já fizemos exames para IST ou tivemos algum papanicolau com resultados alterados?⁷
- Nós já recebemos atendimento médico preventivo, inclusive testes para IST e/ou vacinação?
- Que medidas tomamos com nossas outras parcerias para fazer sexo mais seguro?
- Há álcool ou outras drogas envolvidas quando fazemos sexo e que causam prejuízo nas nossas medidas de prevenção?
- O que fazemos normalmente, de forma individual, para ter sexo mais seguro?
- O que vamos fazer agora mesmo para prevenir infecções?
- Se está sendo difícil falar sobre esses assuntos, o que podemos fazer para criar um ambiente propício para conversar sobre IST?

Se acha que você ou a pessoa com quem está pode ter uma infecção, é melhor evitar contato sexual até que ambas tenham sido testadas e tratadas – e até que saibam os riscos em potencial de um contato sexual e como se proteger melhor. Enquanto isso, aproveitem atividades mais seguras, como massagens ou automasturbações mútuas.

Sexo mais seguro em qualquer idade

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Comportamento Sexual dos Estados Unidos (*National Survey of Sexual Health and Behavior*) divulgada em 2010, apenas 25% das pessoas solteiras com 25 anos ou mais que tinham uma nova parceria sexual ou que tiveram várias parcerias no período de um ano afirmaram ter usado preservativo na última vez que fizeram sexo. Quase 40% nunca fizeram exame de HIV – é comum que mulheres mais velhas não sejam testadas para IST porque não são vistas como sexualmente ativas. É importante informar profissionais de saúde se você estiver iniciando um novo relacionamento, se tiver mais de uma parceria sexual ou se achar que, por algum motivo, deve fazer exames para IST. Você tem o direito de pedir testes de IST e não é obrigada a informar seus motivos se não quiser.

No Brasil, segundo a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) realizada em 2013 com 12 mil pessoas de 15 a 64 anos, 93% dos moradores do Sudeste sabem que camisinha é a melhor forma de prevenção contra IST, incluindo HIV. Mesmo assim, 46% da população sexualmente ativa dessa região não fizeram uso do preservativo em todas as relações sexuais com parcerias casuais no último ano.

USE PORQUE SIM!

A mensagem *just do it* (algo como “faça e pronto” ou “apenas faça”) da cultura popular estadunidense sugere que algumas atitudes, como o sexo, devem ser totalmente espontâneas. Raramente vemos casais na TV ou no cinema discutindo IST ou procurando camisinhas antes de apagarem as luzes.

No mundo real, as pessoas conversam, planejam e tomam precauções todos os dias para proteger sua saúde e a das outras pessoas. Com conhecimento e comunicação, podemos evitar, hoje, os problemas de saúde de amanhã, e isso torna o sexo muito mais divertido.

Dica: deixe a proteção à mão

Muitas de nós, na hora H, descobrimos que a proteção necessária não estava ao alcance e, nesses casos, ficamos mais propensas a seguir em frente sem ela. Em casa, mantenha a proteção perto da cama ou de onde você possa fazer sexo. Também deixe alguns preservativos ou barreiras bucais em sua bolsa ou carteira; troque-as regularmente caso as embalagens se danifiquem.

FIZ SEXO SEM PROTEÇÃO – O QUE DEVO FAZER?

Se você fez sexo sem proteção com uma pessoa cujo histórico não conhece muito bem, pode fazer exames para IST antes de transar com mais alguém. A maioria das IST não causa sintomas; por isso, exames são necessários para descartar infecções. Também é uma boa ideia falar com uma pessoa profissional de saúde sobre IST que podem não aparecer logo após a exposição (durante a chamada janela imunológica de detecção) e aconselhar-se sobre quais exames repetir e quando.

Algumas IST podem ser prevenidas mesmo após sua exposição a elas. Se você tiver feito sexo inseguro, uma profissional de saúde poderá te prescrever medicação para diminuir a chance de que algumas infecções se desenvolvam. Se esse for seu caso, é importante agir sem demora e iniciar a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em até 72 horas após a exposição. Será necessário utilizar a medicação por 28 dias e repetir os exames.

COMO SE PREPARAR PARA (QUASE) QUALQUER ATIVIDADE SEXUAL

Algumas atividades sexuais geram um risco muito maior de contrair ou transmitir uma IST que outras. Uma forma de visualizar essa questão é imaginando uma escada de risco, na qual o risco mais baixo está no pé, e os riscos mais altos estão no topo.

Quanto mais você sobe a escada, mais precisa se assegurar de que tem os artigos certos para se manter segura. Veja, a seguir, a classificação de risco de algumas atividades sexuais quando realizadas sem proteção.

RECOMENDAÇÕES PARA UM SEXO SEGURO DE ACORDO COM A ATIVIDADE

Alto risco

Penetração anal

Essa é uma atividade de alto risco para IST, muito maior do que a penetração vaginal, porque o tecido que reveste o reto é muito frágil e, ao contrário da vagina, não se lubrifica sozinho. A mucosa do reto se lacera facilmente, propiciando a entrada de vírus, bactérias ou outros germes na corrente sanguínea. Para ter proteção suficiente, quem realizar a penetração ativa deve usar um preservativo com bastante lubrificante. Para o sexo anal mais seguro possível, recomenda-se usar lubrificantes mais espessos.

Massagear o ânus com o dedo ou um acessório sexual ou se divertir com sexo oral-anal pode ser um preparativo prazeroso para o sexo anal (ou de outro tipo) e ajudar a relaxar os músculos para a penetração, diminuindo o risco de rompimento da camisinha.

Penetração vaginal

A mucosa vaginal pode sofrer pequenas lacerações durante o sexo, especialmente se estiver pouco lubrificada, o que aumenta o risco de transmissão de IST. Preservativos oferecem a melhor proteção. Use, se desejar, um preservativo com adição de lubrificante não prejudicial ao material do preservativo – o uso de lubrificantes oleosos aumenta o risco de rompimento de alguns tipos, como os de látex. Não use preservativos de pele de cordeiro – sim, existem preservativos feitos de membrana de intestino de cordeiro que prometem uma sensação mais natural para a relação sexual, mas eles não foram aprovados cientificamente para a prevenção de IST. Nenhum outro método de proteção teve sua eficácia comprovada para a prevenção de transmissão de IST (inclusive HIV).

Ótimas dicas para um sexo mais seguro

Ter seu próprio preservativo. Não dependa da outra pessoa para ter preservativos, barreiras ou lubrificantes. Tenha sempre o seu estoque, cuide do seu armazenamento e verifique a data de validade do método antes de usá-lo.

- **Ter conversas com amigas sobre sexo mais seguro.** Imaginar estratégias para lidar com respostas difíceis e praticar o que dizer podem ajudá-la a se sentir mais confortável e assertiva quando for o momento de falar sobre isso para valer.
- Os melhores conselhos e sugestões podem vir de pessoas que **compartilham de suas experiências** e que **entendem as suas preocupações** de verdade.
- **Criar fronteiras e limites básicos acerca do sexo seguro com antecedência.** Escrever em um papel geralmente nos ajuda a lembrar do que é importante e inegociável.
- **Tornar o sexo mais seguro é parte do sexo, e não algo que o interrompe.** Por exemplo, você e sua parceria podem colocar juntas o preservativo peniano/externo ou vaginal/interno.
- **Não ir direto para atividades de risco mais alto.** Primeiro, curta seu tempo com atividades de baixo ou nenhum risco que ajudem a estabelecer confiança e comunicação (e que já são muito boas).
- **Escolher pessoas que não coloquem toda a responsabilidade do sexo seguro em você.** Busque parcerias que tenham conversas abertas sobre proteção.
- **Fazer o exercício pessoal de falar com franqueza sobre sexo e saúde sexual com as pessoas com quem você se sente confortável.** É mais fácil manter-se segura quando você não sente vergonha de falar, mas não se sinta mal se achar difícil fazê-lo. Muitas de nós aprendemos que falar de sexo não é “romântico” ou que “garotas direitas não fazem isso”. Olha o machismo aí! Nós não só podemos, mas fazemos! Com a prática, além disso, fica cada vez mais fácil. No entanto, nem sempre isso será possível: entendemos que o sexo pode ser inseguro em situações de violência e que essas negociações podem não acontecer. Conversar com profissionais de saúde e pessoas amigas pode te ajudar nessas situações.

Risco médio

Sexo oral na pessoa com pênis

Embora o risco seja menor do que no sexo vaginal ou anal, ainda existe o risco de transmitir ou contrair IST, principalmente se houver cortes em sua boca. Se tiver herpes oral (HSV-1), você pode transmitir a doença através do sexo oral desprotegido. Para máxima proteção, coloque um preservativo assim que o pênis ficar ereto, antes de qualquer contato oral, uma vez que o líquido pré-seminal (gotas de fluido que o pênis libera durante a excitação) pode conter HIV. Use um preservativo novo

a cada vez. Se lambar látex diretamente não for satisfatório para você, tente usar um preservativo saborizado. Sabe-se que poucas pessoas utilizam camisinha para o sexo oral, mas conversar sobre riscos, cuidados e exames pode ser uma alternativa.

Sexo oral na mulher

Apresenta certo risco, especialmente se a mulher estiver menstruada ou tiver lesões abertas, como cortes genitais provocados pela raspagem dos pelos na depilação. Se tiver herpes oral (HSV-1), você poderá transmitir a doença através do sexo oral desprotegido.

Não há método ideal. Existem calcinhas de látex (usadas no sexo entre pessoas com vulva para prevenir troca de secreções e contato entre mucosas) e adaptações do sexo penetrativo – como cortar a camisinha peniana ou vaginal. Também existem adaptações de métodos utilizados para outros fins, como *dental dam* e filme plástico. Os poucos estudos que existem mostram que a minoria das mulheres utiliza esses métodos de proteção e ainda faltam evidências científicas apoiando seu uso. Por isso, é importante procurar ter uma conversa franca com a parceira sobre suas preocupações com IST e fazer combinados sobre a realização de testes para essas infecções.

Beijo grego ou cunete

Lamber o ânus da pessoa apresenta certo risco de transmissão de IST. Para proteção, use um preservativo feminino inserido no reto ou uma barreira bucal. Há relatos, desde os anos 1970, de transmissão oral-fecal de hepatite A, principalmente em relações de homens que fazem sexo com homens, o que pode indicar a necessidade de exames específicos ou vacinação de acordo com algumas bibliografias.

Baixo risco

Dildos (acessórios cilíndricos de borracha), brinquedos sexuais e vibradores

Acessórios compartilhados podem transmitir algumas IST. Lave-os bem com água e sabão entre as utilizações. Se for compartilhar um acessório com alguém e não puder lavá-lo, use-o com um preservativo e troque por um novo caso vá utilizar o acessório com outra pessoa.

Masturbação profunda e prazer com os dedos

Masturbação profunda (inserir a mão ou vários dedos no reto ou na vagina) traz baixo risco para a pessoa que faz a inserção, embora seja possível pegar uma IST se houver feridas, cortes ou fissuras nas mãos ou nos dedos. A pessoa que recebe a inserção corre um risco maior, uma vez que a mucosa interna pode ser mais facilmente machucada ou rompida.

Precauções adicionais

Tome precauções adicionais durante atividades sexuais que possam envolver sangue, que é um transmissor muito eficaz de algumas IST. Em pessoas com HIV, por exemplo, é no sangue que se encontra a mais alta concentração do vírus, que é menor no sêmen e ainda menor nas secreções vaginais.

Contato direto, mesmo com pequenas quantidades de sangue, inclusive sangue menstrual, pode transmitir infecções, como HIV ou hepatite infecciosa B e C.

Se for participar de bondage ou sadomasoquismo, primeiro negocie com a(s) outra(s) pessoa(s) para limitar as chances de que sangue, sêmen ou fluidos vaginais entrem na vagina ou em contato com a pele irritada ou cortada. Se ocorrer uma abrasão ou um corte, limpe bem a área com água corrente, cubra-a com uma bandagem e afaste-a de fluidos corporais. Após o uso, limpe todos os artigos de sadomasoquismo utilizados.

Para proteção durante sexo manual profundo, pode-se considerar usar luvas de látex ou dedal. Para brincadeiras superficiais com os dedos, pode-se usar protetores de dedo individuais, que cobrem só o dedo, mas é preciso trocá-los a cada uso. Entendemos, no entanto, que essas medidas não são comuns e podem causar estranheza.

Chuva dourada – “golden shower”

Prática de pessoas que urinam uma na outra no ato sexual. O risco é relativamente baixo desde que não haja sangue na urina ou misturado com ela. A urina masculina apresenta um risco ligeiramente maior porque é expelida pelo mesmo canal (a uretra) que o sêmen, podendo trazer consigo vírus ou bactérias ao sair do corpo. Proteja seus olhos e evite cortes ou regiões com fissuras na pele.

Outras atividades menos arriscadas

Beijos, abraços, massagem, masturbar a outra pessoa ou masturbação mútua apresentam baixo risco.

Evite que o sêmen ou fluidos vaginais da outra pessoa atinjam sua pele se você tiver pequenos cortes ou lesões e que atinjam seus olhos durante as brincadeiras sexuais, visto que as IST também podem ser transmitidas dessa forma.

ATIVIDADES SEXUAIS E SEU GRAU DE RISCO

Atividade sexual (maior risco para menor risco)	Artigos para sexo mais seguro
Alto risco	
Penetração anal	Preservativo vaginal ou peniano, lubrificante, vacinação, PrEP.
Penetração vaginal	Preservativo vaginal ou peniano, lubrificante, vacinação, PrEP.
Risco médio	
Sexo oral no homem e pessoa com pênis	Preservativo peniano, lubrificante, vacinação, PrEP.
Sexo oral na mulher e pessoa com vulva	Barreira bucal ou filme plástico, vacinação, PrEP.
Beijo grego ou cunete (lamber o ânus de alguém)	Preservativo vaginal, barreira bucal ou filme plástico, vacinação, PrEP.
Menor risco	
Dildos (acessório cilíndrico de borracha), brinquedos sexuais	Água e sabão, preservativos.
Masturbação profunda (às vezes chamada de <i>fisting</i>) e com os dedos	Água e sabão, luvas de látex.
Chuva dourada – “ <i>golden shower</i> ” (prática de urinar na parceria sexual)	Água e sabão.

BARREIRAS QUE FUNCIONAM

Optamos por falar de camisinhas penianas/externas e vaginais/internas neste livro como forma de respeitar a diversidade de gênero. As camisinhas externas, usadas no pênis durante penetração vaginal e anal e sexo oral, são as barreiras de proteção mais acessíveis e conhecidas. Podem ser utilizadas por homens cis, mulheres trans que não realizaram cirurgia de redesignação sexual, pessoas não binárias e *queer*. Quando usadas de forma sistemática e correta, as camisinhas penianas são muito eficazes na prevenção de IST, e a maior parte delas é feita de látex. Pessoas com alergia ao látex também conseguem boa proteção usando camisinhas penianas de outros materiais, como nitrilo, poliuretano e poli-isopreno. O uso de lubrificantes adequados na camisinha ajuda a evitar que ela se rompa, além de prevenir lacerações ou abrasões na vagina.

Camisinhas internas podem ser inseridas na vagina de mulheres cis, homens trans que não realizaram cirurgia de redesignação sexual, pessoas não binárias e *queer*. Embora a maioria das pessoas as use na vagina, algumas as preferem para proteção durante sexo anal. Essas camisinhas podem ser usadas para sexo vaginal, anal e oral em vulvas e ânus. Embora a pesquisa sobre camisinhas vaginais não seja tão extensa quanto a pesquisa sobre as penianas, o seu uso correto e consistente parece fornecer um nível de proteção contra IST, incluindo HIV, parecido com o da camisinha peniana.

Tanto as camisinhas penianas quanto as vaginais oferecem proteção contra HIV, gonorreia e clamídia, que são transmitidas pelos fluidos corporais. Camisinhas também oferecem alguma proteção contra infecções como o vírus do herpes simples (HSV) e o papilomavírus humano (HPV), transmitidos por contato de pele com pele. Essas infecções ainda podem ser transmitidas por feridas ou verrugas – que podem não ser visíveis – e por contato com partes dos órgãos genitais não cobertos pelo preservativo. Como a camisinha vaginal cobre uma área de superfície maior, pode potencialmente oferecer maior proteção contra HPV e herpes do que a camisinha peniana.

Se você já usou camisinha vaginal e as achou muito barulhentas, talvez queira dar outra chance a elas. As que são produzidas em borracha nitrílica são mais confortáveis, silenciosas e não causam alergias. Você pode comprar camisinhas vaginais em farmácias ou pegá-las gratuitamente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

CAMISINHAS PARA INICIANTE

As orientações a seguir fornecem informações básicas sobre preservativos e sobre o uso de lubrificante para relações sexuais mais seguras.

- Guarde os preservativos em local seco e arejado. Não use a camisinha se a embalagem estiver rasgada ou danificada.
- Evite usar camisinhas que estiveram muito tempo no bolso ou no fundo da bolsa, no porta-luvas do carro, onde podem ter se danificado por calor excessivo ou outro motivo. Nunca use camisinhas que estejam quebradiças, pegajosas ou com uma cor diferente do normal.
- Verifique a data de validade do preservativo antes de usá-lo. Normalmente, preservativos sem espermicida são válidos por até cinco anos; os com espermicida têm validade de aproximadamente dois anos. Se não tiver certeza quanto à validade do preservativo, jogue-o fora e use um novo.
- Coloque a camisinha antes de qualquer contato genital, oral ou anal. A camisinha peniana deve ser posta no pênis quando ele estiver ereto e antes de encostar em seu corpo, principalmente na vulva, na boca ou no ânus. Isso serve também para a camisinha vaginal; coloque-a antes de qualquer contato pele com pele – sua vantagem é que você pode colocá-la antes de sair de casa, por exemplo.

- Use uma camisinha nova sempre que for transar. Tenha mais de uma camisinha caso vá transar novamente ou caso encontre uma danificada. Se tiver tanto relações anais quanto vaginais, coloque uma nova camisinha após a penetração anal e antes de começar a penetração vaginal ou tente inserir camisinhas vaginais – que podem ser lubrificadas (por dentro e por fora) – tanto no ânus quanto na vagina. Nesse caso, quem fizer a penetração pode alternar livremente entre o ânus e a vagina como bem desejar, sem medo de infecções.



Figura 1 – Preservativos.

BARREIRAS BUCAIS E BARREIRAS PARA VOCÊ MESMA FAZER

As técnicas a seguir, que você mesma pode fazer (*do it yourself* ou “faça você mesma”), têm algum resultado em circunstâncias extremas. No entanto, não há evidência científica ou garantia do controle de qualidade quando você as faz/usa; por isso, há um risco aumentado de falha.

Se houver contato entre boca e vagina ou entre boca e ânus, você pode proteger a si mesma e a pessoa com quem está usando barreiras como a do tipo bucal. Essas folhas de borracha, também usadas por dentistas, costumam ser pequenas e grossas, apesar de algumas lojas de produtos eróticos venderem folhas maiores, mais finas e saborizadas.

Camisinhas vaginais também podem ser usadas para sexo oral. Após inserir a camisinha na vagina, puxe com cuidado o anel exterior para a frente e use a camisinha como uma barreira entre a sua boca e a vagina e o ânus de sua parceria. Muitas pessoas gostam disso porque ela já é lubrificada. Não é necessário segurar a camisinha com as suas mãos quando ela já estiver dentro da vagina, e o anel também pode ser movido sobre o clitóris para aumentar o prazer.

LUBRIFICANTES

Lubrificantes ajudam a prevenir o rompimento dos preservativos, assim como lacerações na vagina ou no reto. Eles também podem tornar o sexo mais prazeroso para você e sua parceria. Com preservativos de látex, use apenas lubrificantes solúveis em água, e não aqueles à base de óleo, que incluem vaselina, óleo de bebê, bronzeador, óleos para massagens e alguns cremes para as mãos – eles podem danificar o preservativo de látex em minutos e aumentar a chance de rompimento.

Lubrificantes à base de óleo, no entanto, não prejudicam preservativos de nitrilo ou poliuretano. Se preferir esse tipo de lubrificante, tenha certeza de que a camisinha que está usando seja feita desses materiais.

Os lubrificantes podem ser aplicados diretamente no clitóris, nos lábios, no ânus ou dentro da vagina. Combinados à camisinha, devem ser colocados apenas em pequena quantidade e somente na ponta, não nas laterais, para que a camisinha não fique frouxa e acabe removida.

NÃO É TÃO FÁCIL: DESAFIOS À NOSSA PRÓPRIA PROTEÇÃO

Camisinhas, luvas e barreiras bucais são conhecidas por impedir a transmissão de IST, como o HIV. Porém, muitas de nós não nos protegemos de forma sistemática ou eficaz. Por quê?

NOSSAS PRÓPRIAS ATITUDES

(...) Porque antes era bem frequente, pra não pintar a gravidez. Depois eu fiz a cirurgia (...) Aí, ficou assim, mais relaxado (...).

(...) Ele não usa porque não gosta (...) Eu aceito.

Não uso porque meu companheiro, o meu marido, não gosta (...) e, pra falar a verdade, nem eu gosto. E tem um dizer (...) que fala que transar, que fazer sexo com camisinha é a mesma coisa que chupar bala com papel. E eu acho que é, apesar de que eu não devia falar isso na conjuntura atual, que, sei lá, você nunca sabe, mas (...) eu não gosto, nunca gostei da camisinha...

Não uso, porque, se ele não anda com outras mulheres, como é que eu vou pegar? (...) Eu confio nele, porque ele não estaria praticando sexo fora de casa (...).⁹

Muitas de nós já tivemos pelo menos um desses pensamentos ou uma dessas conversas na nossa cabeça ou com amigas ou amigos. Mesmo quando sabemos o que é certo, pode ser extremamente difícil seguir em frente.

Uma mulher que trabalha com prevenção de HIV disse o seguinte:

Pode ser extremamente estranho quando você está apaixonada e não quer fazer nada para perturbar o seu parceiro ou sugerir que vocês não podem confiar um no outro. Quando o amor entra no relacionamento, as camisinhas muitas vezes saem pela janela.

Outra mulher disse que uma coisa é conversar sobre ser responsável, mas que é muito mais difícil agir no momento.

É difícil imaginar-se sussurrando no ouvido de alguém, no momento da paixão: “Você se importa de colocar essa camisinha só para o caso de um de nós ter uma IST?”. Parece ainda mais complicado tocar nesse assunto ainda mais cedo, se não estiver claro entre nós que queremos transar.

Ou, para ser mais direta:

Uma camisinha pode esfriar um romance por dizer algo como “certo, a verdade nua e crua é que nós dois já dormimos com outras pessoas”. A camisinha parece um sinal de desconfiança: “Você pode me passar uma doença. Você pode me matar”.

Às vezes, pode ser você a pessoa que resiste ao sexo mais seguro, talvez por achar que a outra pessoa vai gostar mais de você se concordar em transar sem camisinha. Algumas de nós podemos achar que usar barreiras implica que não somos confiáveis, que somos promíscuas ou que, se sugerirmos o uso de uma proteção, a pessoa que é nossa parceira pode pensar isso de nós. Outras acham que camisinhas diminuem a intimidade ou a proximidade.

Se você é a parceira resistente, reflita sobre isso e coloque na balança o que sabe sobre os riscos à sua saúde ou à saúde da outra pessoa com atitudes que desencorajam o uso de proteção.

SUPERANDO OBSTÁCULOS

Confira outros fatores que podem dificultar a aquisição e o uso sistemático de proteção.

- **Uso de drogas e álcool.** Mesmo com a melhor das intenções, esse uso pode comprometer o julgamento e enfraquecer a decisão de usar proteção. Se uma parceria sexual também estiver sob a influência de drogas ou álcool, fazer sexo mais seguro torna-se ainda menos provável.
- **Falta de informação.** Sexo desprotegido é mais comum quando informações sobre IST e gravidez não estão disponíveis. É possível obter informações bem embasadas com profissionais de saúde nas UBS do SUS.
- **Custo e acesso.** Esses fatores continuam sendo grandes obstáculos para muitas mulheres. As UBS oferecem de forma gratuita artigos para relações sexuais mais seguras. No mínimo, e quase sempre, você pode simplesmente entrar e pegar camisinhas.

QUANDO ALGUÉM RESISTE AO SEXO MAIS SEGURO

Para muitas de nós, a resistência de uma pessoa ao sexo mais seguro pode ser o obstáculo mais difícil a ser enfrentado. Alguns exemplos são pessoas que acham que o sexo não é tão bom com barreiras ou que barreiras diminuem a intimidade; pessoas com medo de não conseguir manter a ereção com camisinha, apesar de a base da camisinha peniana, na verdade, ajudar a manter a ereção; e pessoas acostumadas a estar no comando sexual e que se ressentem quando tomamos a iniciativa de um sexo mais seguro. Além disso, muitos clientes de profissionais do sexo se recusam a pagar por sexo com proteção ou pagam mais por relações sexuais sem camisinha. Também há pessoas que acreditam que lésbicas não correm risco de contrair HIV ou outras IST.

Negociar sexo mais seguro pode ser especialmente difícil em relacionamentos abusivos ou controladores. Falar de sexo mais seguro é mais arriscado para algumas de nós; mesmo quando entendemos que precisamos nos pronunciar para proteger nossa saúde, fazer isso pode ser quase impossível ou até perigoso – a escolha pode ser entre relações sexuais desprotegidas ou violência, abandono ou ficar sem teto.

Ser honesta e direta com sua parceria sexual é um ótimo objetivo. No entanto, o mais importante no curto prazo é reduzir seu risco de engravidar ou de contrair HIV ou alguma outra IST. Se ainda não estiver no ponto em que pode insistir em ter sexo mais seguro (e se seu parceiro for um homem), veja, a seguir, algumas coisas que mulheres já tentaram.

- Para uma parceria nova, você pode dizer que sempre usa camisinha porque é o seu método contraceptivo preferido.
- Diga que está para menstruar ou que acha que pode ter uma leve infecção e quer usar algo para que a outra pessoa não seja exposta. Mesmo que não se sinta bem em inventar esses motivos, pode ser mais seguro do que não usar nenhuma proteção.
- Se você usa camisinha vaginal, enfatize que se trata do seu corpo e que a camisinha é uma escolha sua para proteger a sua saúde e a da outra pessoa.

INCENTIVANDO A AUTONOMIA EM ESCOLAS E COMUNIDADES

Grupos religiosos e organizações políticas conservadoras em algumas regiões do Brasil vêm aplicando uma energia considerável em obstruir uma educação abrangente sobre saúde e em defender uma educação sexual baseada apenas na abstinência. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram o início precoce da vida sexual, com pouco uso de preservativos:

- Iniciação sexual: 36% dos escolares de 13 a 17 anos do sexo masculino declararam já ter se relacionado sexualmente alguma vez; entre os do sexo feminino dessa mesma faixa etária, o percentual foi de 19,5%.
- Uso de preservativo: dos 27,5% dos escolares de 13 a 17 anos que declararam já ter tido relação sexual alguma vez na vida, 61,2% responderam ter usado preservativo na primeira relação.

Portanto, é essencial destacar que a prática sexual faz parte dessa fase da vida e que pode ser desejada e vivenciada sem culpa, com informação, comunicação, prevenção e exercício do livre-arbítrio.

Os programas de educação sobre IST funcionam quando recebem apoio. Programas educacionais em escolas que deixam camisinhas disponíveis reportam menos estudantes tendo relações sexuais e um nível mais alto de práticas de sexo mais seguro entre estudantes sexualmente ativas e ativos. Além disso, estudos mostram que informações precisas sobre sexo e vacinação contra IST, como hepatite B ou HPV, não aumentam a atividade sexual da população adulta jovem.

Precisamos com urgência continuar desenvolvendo e fornecendo educação, prevenção e tratamento culturalmente relevantes a todas as pessoas, em especial a mulheres jovens e de baixa renda, que correm maiores riscos. É imperativo que programas de educação sobre sexo mais seguro envolvam seu público-alvo na elaboração e na implementação dos programas. Atitudes sobre sexo são moldadas, em parte, pela comunidade, pelo *status* econômico e pelas experiências de vida.

Conhecimento dos fatos é essencial, mas também é necessário ter consciência cultural na discussão de estratégias possivelmente bem-sucedidas para a negociação de sexo mais seguro.

O que funciona melhor? Confira, a seguir, passos que se pode buscar seguir para uma educação sexual eficaz elaborados pela ONG Advocates for Youth com base, em parte, na pesquisa de Douglas Kirby e Sue Alford¹¹ – são pontos de partida úteis para qualquer grupo ou organização.

- Ofereça informações de saúde sexual apropriadas à idade e à cultura em um ambiente seguro para as participantes.
- Coopere com os membros da comunidade-alvo, especialmente com as jovens.
- Ajude as jovens na compreensão de seus valores individuais, de família e comunidade.
- Ajude as jovens no desenvolvimento de habilidades em comunicação, recusa e negociação.
- Forneça informação médica correta tanto sobre abstinência quanto sobre contracepção – inclusive sobre preservativos.
- Tenha objetivos claros para prevenir HIV, outras IST e/ou gravidez na adolescência.
- Concentre-se em comportamentos de saúde específicos relacionados aos objetivos, com mensagens claras sobre esses comportamentos.
- Aborde os riscos psicossociais e os fatores de proteção com atividades para mudar cada risco-alvo e promover cada fator de proteção.
- Respeite os valores da comunidade e responda às necessidades dessa comunidade.
- Conte com métodos de ensino participativos, implementados por pessoas educadoras treinadas e que usem todas as atividades conforme planejadas.

NOTAS

1. “Boletim Epidemiológico de Sífilis”, v. 48, n. 36. *Ministério da Saúde*, 2017.
2. “A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis”. *OPAS/OMS*, 6 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-6-2019-cada-dia-ha-1-milhao-novos-casos-infecoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis>
3. *Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Ministério da Saúde, 2017.
4. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira*. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf
5. Mais informações em: *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com*

- infecções sexualmente transmissíveis (IST)*. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
6. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>
 7. Idem nota 5.
 8. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Ministério da Saúde, 2017.
 9. Elizabete Franco Cruz e Nair Brito. *Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de AIDS*. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fios_da_vida.pdf
 10. Se a pessoa com quem você está reagir ao pedido de praticar sexo mais seguro com ameaças ou violência física ou emocional, consulte o capítulo 25, “Violência contra as mulheres no Brasil”.
 11. B. McKeon, “Effective Sex Education”. *Advocates for Youth*, 2006.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

TODAS AS pessoas têm o direito de desfrutar de sua sexualidade sem medo de doenças. Isso significa que precisamos saber como nos proteger de infecções sexualmente transmissíveis (IST), como encontrar tratamento se ficarmos doentes e como evitar a propagação das infecções sem abrir mão de nossas vidas sexuais.

As IST podem ser um incômodo temporário ou trazer consequências permanentes. Se não tratadas, algumas podem causar infertilidade, dor pélvica crônica e, ainda, podem ser transmitidas ao feto durante a gravidez ou ao recém-nascido durante o parto. Ter uma IST pode tornar uma pessoa mais suscetível a outras infecções, como o HIV (vírus da imunodeficiência humana), que causa Aids. É possível adquirir IST apenas tocando ou beijando uma área infectada, mas o maior risco é por via sexual sem proteção. Você também pode adquirir algumas infecções, como o HIV e a hepatite, compartilhando agulhas durante o uso de drogas.

Ainda que seja de nosso interesse estar protegidas durante a atividade sexual, nem sempre sabemos como fazer isso ou como seguir as melhores práticas. Realizar testes para IST e certos tratamentos necessários também é uma forma de proteção. A maioria das IST não têm sintomas visíveis e, por isso, muitas vezes não estamos cientes de que nós ou nossas parcerias sexuais podem estar infectadas. Por causa de atitudes sociais negativas em relação à sexualidade, IST são consideradas tabus por muitas pessoas e podem ser motivo de ansiedade, vergonha, raiva ou medo. O estigma social ligado às IST (ou seja, o que as pessoas pensam sobre alguém com uma IST) pode funcionar como barreira para o uso de proteção ou para a procura de cuidados e recursos necessários:

Meu marido me contou que dormiu com outra pessoa e pode ter contraído uma IST. Não sabia o que fazer. Vi um anúncio ontem para um Disque IST e, depois de hesitar muito, liguei. Foi um alívio obter informações sem que ninguém soubesse quem eu era.

Algumas infecções podem estar presentes sem sintomas durante anos, mesmo que tenham sido contraídas antes de uma relação atual. É importante lembrar que

as IST são um problema de saúde como qualquer outro, e não necessariamente um sinal de promiscuidade.

Fui diagnosticada há seis anos e, depois, descobri que meu namorado na época estava me traindo. Me senti magoada, envergonhada, indesejada, desapontada e zangada comigo mesma porque sabia que devia usar proteção o tempo todo, especialmente porque sabia que ele tinha um histórico de ser infiel em relações passadas. Seis anos depois, vejo o meu diagnóstico como um presente estranho, não é? Mas isso me obriga a ter conversas [com potenciais parceiros] sobre minha história sexual, minha forma escolhida de proteção, que é o preservativo, e [sobre meu] interesse em fazer sexo ou não.

O QUE SÃO IST?

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são uma variedade de infecções bacterianas e virais transmitidas de uma pessoa para a outra principalmente através de sexo anal, vaginal ou oral. As infecções sexualmente transmissíveis fazem parte das doenças mais comuns no mundo – a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorrem mais de um milhão de casos de IST por dia.

As IST mais comuns são o papilomavírus humano (HPV), o herpes genital, a tricomoníase, a clamídia, a gonorreia, a sífilis, a hepatite B e o HIV. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a população mais afetada tem entre 25 e 39 anos de idade.

Neste capítulo, o foco estará nessas IST. Outras infecções que podem ser transmitidas através de vias diferentes, incluindo sexo, tais como hepatite A e C, citomegalovírus (CMV) e molusco contagioso, não serão abordadas aqui.

Recursos recomendados

Para obter mais informações sobre IST, você pode visitar alguns sites, como:

- Ministério da Saúde do Brasil: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist-1>
- Ministério da Saúde do Brasil, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis: <http://www.aids.gov.br/pt-br>
- Blog Amor Saúde: <https://blog.amorsaude.com.br/dsts/>
- Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/565-numero-de-infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist-aumenta>.

COMO AS IST SÃO TRANSMITIDAS?

As IST podem ser transmitidas através de sêmen, fluidos vaginais, secreções anais, secreções de feridas ou lesões causadas por outras doenças. O HIV e a hepatite B também podem ser disseminados pelo contato com o sangue de uma pessoa infectada. O herpes e o HPV se espalham geralmente através do contato da pele com a área afetada. O risco de transmissão é maior durante a relação sexual anal e vaginal, mas as IST também podem ser transmitidas por sexo oral e, menos comumente, por brinquedos sexuais não higienizados. A maioria das IST podem ser transmitidas de uma pessoa para outra, mesmo quando não há sinais óbvios de infecção e inclusive vários anos depois de uma pessoa ter sido infectada.

Posso ser infectada por uma IST a partir de um vaso sanitário?

Difícilmente você pegará doenças através de um vaso sanitário. Embora os microrganismos possam viver na superfície do vaso, muito raramente eles infectam a pele das coxas ou das nádegas de uma pessoa.

COMO POSSO ME PROTEGER DAS IST?

O termo “infecções sexualmente transmissíveis” se refere a infecções cuja principal via de transmissão é a sexual; porém, muitas dessas infecções podem ser transmitidas por outras vias, como objetos contaminados, ou por transmissão vertical (da mãe para o feto). Dessa forma, não há apenas um único meio de proteção 100% efetivo. Você pode ser sexualmente ativa e conseguir reduzir efetivamente suas chances de adquirir uma infecção, pois são vários os fatores e condições que influenciam a exposição a IST. Na verdade, seu risco de infecção depende de uma série de fatores comportamentais e estruturais; por isso, hoje em dia, utiliza-se o termo “prevenção combinada” e “sexo mais seguro” para falar de prevenção de IST. Também chamado de Mandala da Prevenção Combinada, esse conjunto de ferramentas envolve principalmente três aspectos – biomédico, comportamental e estrutural (marcos legais) –, que são pensados em dois campos: individual e coletivo.

Inicialmente, essa mandala foi pensada para os casos de infecção pelo HIV; contudo, na atualidade, recomenda-se que profissionais de saúde a utilizem como ferramenta auxiliar na orientação sobre prevenção de IST em geral. Não há hierarquia ou graduação entre as estratégias utilizadas. A combinação e o arranjo entre cada ação devem ser pensados e trabalhados individualmente ou de forma coletiva para cada grupo ou indivíduo atendido. Dessa maneira, esse tipo de abordagem permite que cada pessoa tenha maior percepção de sua autonomia e vulnerabilidade e que, com

o auxílio de uma pessoa profissional de saúde, possa decidir sobre o melhor método/estratégia para si.

Esse esquema foi desenvolvido para mostrar como diferentes situações e complexidades atingem diferentes pessoas e comunidades. Comportamentos individuais influenciam o coletivo, assim como questões estruturais (por exemplo, programas e políticas de saúde) também refletem nos indivíduos. Dessa forma, testagem ampla, imunização, acesso a diagnósticos e tratamentos, uso de preservativos e redução de danos são alguns dos elementos que devem ser articulados para a realidade de cada um. Por isso, a prevenção deve ser pensada de forma complexa, envolvendo uma série de fatores.



Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada. Fonte: Creative Commons.¹

O uso de preservativos de forma consciente ainda é um componente essencial para um sexo mais seguro, já que se trata de uma barreira física que previne a troca de sangue, sêmen ou fluidos vaginais, assim como gravidez indesejada. Entretanto, não é considerada uma única opção. Segundo o Ministério da Saúde, medidas importantes para uma prática de sexo mais seguro são, também:

- Usar preservativo.
- Receber imunização para hepatites A e B e HPV.
- Conhecer o *status* sorológico para HIV das parcerias sexuais.
- Testar-se regularmente para HIV e outras IST – todas as pessoas que vivem com HIV devem ser tratadas (tratamento como prevenção).

- Fazer exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncótica).
- Realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) quando indicado.
- Conhecer e ter acesso a anticoncepção e concepção.
- Realizar Profilaxia Pós-Exposição (PEP) quando indicado.

Assim, as recomendações do Ministério da Saúde sugerem o uso combinado de vários métodos preventivos em conformidade com a realidade e com as possibilidades e preferências de cada pessoa. Por isso, é importante procurar uma profissional de saúde para entender o melhor esquema de prevenção para você.

Além disso, a vacinação é outra possibilidade de reduzir o risco de infecção por HPV e hepatite B, como veremos a seguir.

Vacinação para prevenção de HPV e hepatite B

Existem vacinas contra alguns tipos de papilomavírus humano (HPV), contra a hepatite B e, mais recentemente, contra a hepatite A para alguns grupos de pessoas.

HPV

Estão disponíveis no Brasil duas vacinas, aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que protegem contra os tipos de HPV que causam a maioria dos cânceres cervicais. A vacina quadrivalente (de nome comercial Gardasil) confere proteção contra o HPV tipos 6, 11, 16 e 18; e a vacina bivalente (de nome comercial Cervarix) confere proteção contra o HPV tipos 16 e 18. A vacina quadrivalente protege também contra alguns tipos de HPV que causam a maioria das verrugas genitais.

No Brasil, meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos podem tomar a vacina gratuitamente pelo SUS. Para pessoas que vivem com HIV, a faixa etária é mais ampla (de 9 a 26 anos) e, nesse caso, é necessário apresentar prescrição médica. Para outros grupos etários, a vacina pode ser encontrada em serviços de saúde privada se indicada por profissionais de saúde.

As vacinas funcionam melhor em jovens que ainda não são sexualmente ativas e não foram expostas ao HPV. De acordo com o registro na Anvisa, a vacina quadrivalente é aprovada para mulheres entre 9 a 45 anos e homens entre 9 e 26 anos; e a vacina bivalente, para mulheres entre 10 e 25 anos. Até o momento, as clínicas não estão autorizadas a aplicar as vacinas em faixas etárias diferentes das estabelecidas pela Anvisa.

Vacinações contra o HPV não previnem contra todos os tipos de vírus (existem mais de 150 tipos de HPV conhecidos); por isso, é importante fazer o exame preventivo de colo de útero (também chamado de exame de Papanicolau ou colpocitologia oncótica) e manter uma rotina de cuidados e prática de sexo mais seguro.

Hepatite B

A hepatite B é uma doença transmitida pelo contato com sangue infectado e através de sexo sem proteção. A principal forma de prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B é a vacina, que está disponível no SUS para todas as pessoas não vacinadas, independentemente da idade. Para crianças, a recomendação é que se façam quatro doses da vacina: ao nascer, aos dois, quatro e seis meses de idade (vacina pentavalente). Já para a população adulta, via de regra, o esquema completo se dá com a aplicação de três doses. Para a população imunodeprimida, deve-se observar a necessidade de esquemas especiais com doses ajustadas, realizadas em centros especializados.

Devem ficar muito atentas a sua situação vacinal pessoas cujas parcerias sexuais têm hepatite B, pessoas que compartilham seringas ou outro equipamento para injeção de drogas, pessoas que têm contato doméstico próximo com alguém infectado pelo vírus, bem como pessoas que trabalham em situações que podem colocá-las em risco de exposição a hepatite B (por exemplo, profissionais que trabalham na área da saúde). Para recém-nascidos que foram expostos ao vírus durante a gestação, recomenda-se vacina e imunoglobulina para hepatite B nas primeiras 24 horas do pós-parto, já que podem reduzir a transmissão vertical em mais de 90% dos casos. Esse tratamento também é oferecido gratuitamente pelo SUS.

Em 2018, foram notificados 13.922 casos de hepatite B no Brasil. O vírus da hepatite B está relacionado a 21,3% das mortes relacionadas a hepatites entre 2000 e 2017.

Hepatite A

Apesar de o principal mecanismo de transmissão da hepatite A ser fecal-oral, recentemente foram relatados diversos casos de hepatite A com transmissão sexual. Inicialmente, a maioria dos casos relatados foram de homens que fazem sexo com homens, mas já há relatos de transmissão entre mulheres também.

Segundo informações do Ministério da Saúde, o uso de preservativo não limita a transmissão do vírus da hepatite A. Medidas como higienização das mãos, genitálias, períneo e região anal antes e depois do ato sexual, uso de barreiras de látex durante sexo oral-anal e de luvas de látex para dedilhado ou *fisting*, higienização de vibradores e outros acessórios/brinquedos eróticos são algumas das medidas que complementam a prevenção.

A vacinação, no entanto, é a principal medida de prevenção contra a hepatite A, já que é extremamente eficaz e segura. Contudo, não está disponível para toda a população. Atualmente, a vacina para a hepatite A está indicada para crianças de 15 meses até cinco anos incompletos; para adultos, está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, com algumas recomendações para populações específicas. Converse com uma pessoa profissional em serviço de saúde para orientações mais detalhadas.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DAS IST?

A maioria das infecções sexualmente transmissíveis são assintomáticas, ou seja, não apresentam sintomas. Por isso, vacinas de prevenção e rastreio são tão importantes para todas as pessoas que são sexualmente ativas. A maioria das pessoas com infecções por clamídia ou gonorreia não percebem que há algo errado a menos que sejam testadas ou que suas parcerias sexuais lhes informem sobre a exposição à bactéria.

Algumas IST não tratadas podem levar a doença inflamatória pélvica (DIP). Entre seus sintomas, encontram-se dor abdominal e febre, o que pode causar o bloqueio das tubas uterinas e afetar permanentemente a fertilidade. Além disso, os sintomas de IST podem incluir:

- coceira e secreções,
- cheiro anormal da vagina ou do ânus,
- crescimentos, protuberâncias, bolhas, feridas, irritações ou erupções cutâneas, muitas vezes em torno dos genitais ou da área anal,
- dor aguda na parte inferior do abdômen,
- dor ou ardor ao urinar ou durante a relação sexual,
- sangramento entre os ciclos menstruais.

Se você tiver algum desses sintomas, evite relações sexuais e procure imediatamente uma pessoa profissional de saúde – não necessariamente será uma IST, mas ainda assim é bom se cuidar. Mesmo uma simples infecção por fungos, causando vaginite, pode irritar o revestimento da vagina e torná-la mais vulnerável a infecções. Faça exames e se cuide.

Algumas infecções podem aparecer como sintomas mais genéricos, que, por sua vez, podem ser transitórios. Por exemplo, dentro do primeiro mês após infecção pelo HIV, a pessoa pode apresentar sintomas parecidos com os de um resfriado, como febre alta, dor de garganta, glândulas inchadas, fadiga extrema e erupção cutânea, que desaparecem após um determinado período. Já os tipos de HPV causadores de câncer não apresentam nenhum sintoma aparente e só são detectados quando as células do colo do útero anormais aparecem em um exame preventivo (também conhecido como Papanicolau).

IST SÃO CURÁVEIS?

As infecções que são causadas por bactérias, protozoários e outros pequenos organismos – como clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase – podem ser curadas com medicamentos. A cura, nesses casos, significa que a progressão da infecção pode ser interrompida e o micro-organismo, eliminado. No entanto, qualquer dano de longo

prazo que já tenha afetado o seu corpo, incluindo os danos à sua fertilidade, não podem ser revertidos. É por isso que as IST devem ser detectadas e tratadas o mais rápido possível.

As infestações em área genital causadas por parasitas de pele, como piolhos e sarna (ácaros), causam coceira e irritação na pele e também podem ser transmitidas através de contato sexual ou não sexual (por toalhas, lençóis e roupas). Esses parasitas podem ser eliminados com tratamento adequado através do uso de cremes e loções no local, e as doenças que eles causam podem ser curadas.

As IST virais, como herpes genital, alguns tipos de HPV, HIV, e as hepatites A, B, e C, podem ser tratadas para aliviar os sintomas ou retardar a progressão da infecção, mas os medicamentos não curam (ou eliminam) a infecção. Cada um desses vírus se comporta de forma diferente.

Clamídia e falta de testagem

Segundo a Organização Mundial da Saúde, foram registrados 127 milhões de novos casos de infecção por clamídia em 2016 na população entre 15 a 49 anos em todo o mundo.² No Brasil, não temos dados epidemiológicos atualizados sobre essa infecção. Segundo uma pesquisa³ publicada em 2011, a prevalência para clamídia na população estudada foi de 10,7%, ou seja, uma em cada dez mulheres apresentava a infecção pela bactéria.

As pesquisas dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças – CDC – dos Estados Unidos (*Centers for Disease Control and Prevention*) indicam que a clamídia, quando não diagnosticada e tratada, pode causar dor pélvica crônica e infertilidade. Os CDC recomendam que todas as mulheres de até 25 anos sexualmente ativas sejam rastreadas para clamídia pelo menos uma vez por ano, mas se estima que isso seja feito com apenas cerca de 47% delas. No Brasil, ainda não existe recomendação de rastreio universal para o diagnóstico de clamídia.

QUAL É A LIGAÇÃO ENTRE O HIV E OUTRAS IST?

Qualquer IST pode alterar tecidos saudáveis e aumentar a vulnerabilidade a outras IST, incluindo o HIV. Por que isso acontece? As IST podem causar fissuras na pele, feridas, inflamação ou lesões na vulva, na vagina, no pênis ou no ânus, facilitando a entrada do vírus na corrente sanguínea. Além disso, o HIV tem como alvo os glóbulos brancos, que combatem as infecções. Quando você tem uma IST, o seu corpo envia mais glóbulos brancos para a área genital para combater a infecção. Infelizmente, isso significa que há mais células para o HIV infectar, o que aumenta o risco de o HIV se manter no organismo após a exposição.

QUANDO DEVO FAZER TESTES?

Já que a maioria das IST não têm sintomas aparentes e podem inclusive demorar anos para se manifestar, fazer a testagem regularmente é uma forma de cuidado e prevenção: quanto antes for feita a descoberta, melhores são os tratamentos disponíveis.

Atualmente, os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C estão disponíveis no SUS para toda a população. A recomendação é que você procure testar-se com regularidade ou sempre que tiver passado por alguma prática de risco ou tenha se sentido exposta ou vulnerável em alguma situação – por exemplo, se você teve alguma relação sexual desprotegida (sem preservativo) ou compartilhou seringas, agulhas, lâminas de barbear, alicates de unha e outros objetos que furam ou cortam com pessoas que desconhecem suas sorologias para IST. Existem dois tipos de testes disponíveis: exames laboratoriais ou testes rápidos. Os testes rápidos geralmente podem ser realizados em alguma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou postinho de saúde e/ou clínicas. Já os exames laboratoriais dependem de pedido médico.

É muito importante que você saiba se tem HIV ou hepatites virais para buscar tratamento no tempo certo e alcançar uma melhor qualidade de vida.

Lembre-se de que a sífilis tem cura e seu tratamento deve ser iniciado rapidamente. Já que a maioria das IST não têm sintomas aparentes, realizar testes periodicamente é também uma forma de prevenção e cuidado, pois aumenta as chances de um tratamento precoce.

Também é importante salientar que algumas populações ou pessoas que têm comportamentos que aumentam a exposição a infecções devem redobrar seus cuidados. Especialmente aquelas que, historicamente, apresentam maior dificuldade de acessar serviços de saúde, como a população LGBT+, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, entre outras. Além dessas, pessoas que têm relações sexuais sem uso de preservativo também são potencialmente expostas a diversas IST. Se você e/ou sua parceria sexual tiveram algum tipo de exposição (sexo desprotegido ou compartilhamento de objetos, por exemplo), faça(m) os testes e, se necessário, siga(m) o tratamento imediatamente – além disso, encoraje sua(s) parceria(s) a fazer o mesmo. Lembre-se de que você pode ter uma IST e não apresentar sintoma perceptível.

QUÃO COMUNS SÃO AS IST?

A maioria das IST afetam desproporcionalmente mulheres, sobretudo as jovens. Quase metade de todos os novos casos de IST no Brasil ocorrem em pessoas de 15 a 24 anos, embora esse grupo etário seja responsável por apenas um quarto da população sexualmente ativa.

As taxas de clamídia e gonorreia, por exemplo, são maiores entre as mulheres de 15 a 19 anos de idade, e muitas pessoas são infectadas por HPV durante seus anos de

adolescência. A desigualdade social, de gênero e de raça ou etnia é visível também nos números das infecções: as mulheres pobres e negras (grupo composto por pretas e pardas) são as mais severamente afetadas por IST. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), parte do Ministério da Saúde que coleta e divulga dados de casos reportados de doenças em cada região, mostra que 36,6% das mulheres que relataram casos de infecção por HIV no período entre 2007 e junho de 2020 eram brancas, enquanto 54,3% eram negras (ou seja, pardas ou pretas).

Assim, em termos estatísticos, comunidades urbanas e pobres, predominantemente negras, têm maior vulnerabilidade frente às infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis e HIV. O estado econômico, a desigualdade racial, as disparidades nas taxas de encarceramento e o acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade são alguns dos fatores que contribuem para o aumento das taxas de IST para essas populações.

FATORES CULTURAIS, SOCIAIS, ECONÔMICOS E VULNERABILIDADES

Tendências de culpabilização individual ainda estão muito presentes no campo das IST. Até o início dos anos 1990, a abordagem em relação à prevenção de IST, especialmente em relação ao HIV/Aids, tinha como foco os chamados grupos de risco, e as principais ações abordavam princípios de abstinência e isolamento. Essa perspectiva de prevenção trouxe estigma e preconceito para os grupos envolvidos e gerou uma noção individual do risco – como se as infecções fossem de responsabilidade única dos sujeitos. Ao longo do tempo, percebeu-se que essa abordagem não era suficiente para a prevenção e para a promoção da saúde. Atualmente, entende-se que todas as pessoas têm diferentes graus de exposição e vulnerabilidade frente às IST, incluindo o HIV.

A prevenção é trabalhada de uma forma bastante ampla, em que são considerados os contextos individuais, sociais, culturais e econômicos. Assim como no esquema de prevenção combinada, a ideia é entender como diferentes infecções afetam diferentes populações de diferentes maneiras e, a partir daí, pensar sobre como cada contexto pode interferir no acesso e no acompanhamento de saúde. Dessa forma, entendemos que não existe apenas uma forma de prevenção, baseada em comportamentos individuais, mas, sim, uma rede de diversos fatores e condições que influenciam tanto no nível coletivo quanto no individual.

Por exemplo, a distribuição e a oferta de preservativos e lubrificantes gratuitos pelo SUS ou a testagem protocolar de gestantes durante o pré-natal para evitar sífilis congênita e outras doenças são importantes medidas coletivas de prevenção às IST.

Essas ações podem ser consideradas aspectos estruturais, pois são políticas públicas e não dependem apenas dos indivíduos.

Porém, em muitos locais, há um estigma muito forte em relação ao uso de preservativo e ao acesso da parceria sexual ao tratamento adequado para uma IST. Assim, não basta disponibilizar o preservativo e o tratamento, é preciso pensar em como essas negociações podem ocorrer no cotidiano. Culturalmente, alguns homens não aceitam o uso do preservativo como método contraceptivo ou como prevenção de IST, mesmo em diferentes tipos de relacionamentos (estáveis ou momentâneos). Dessa forma, para uma mulher, pode ser muito difícil negociar o uso da camisinha. Às vezes, um simples questionamento sobre essa questão ou sobre um tratamento pode levar a desentendimentos, brigas e até mesmo agressões.

Portanto, entendendo que as sociedades e suas culturas exercem influência direta na “escolha” do uso do preservativo, não podemos considerá-lo uma prevenção que se dá apenas em nível individual. Diversas pesquisas apontam como as desigualdades de gênero afetam diretamente a negociação de práticas sexuais, incluindo o uso de preservativos e até de tratamentos. Há, no imaginário popular, a ideia de que pessoas em relacionamentos fixos não precisam utilizar preservativos, pois apenas as que têm comportamentos promíscuos ou fazem parte de “grupos de risco” seriam expostas às infecções. Contudo, os números referentes às IST, principalmente ao HIV, mostram que esse pensamento é equivocado e que hoje, mesmo em relacionamentos estáveis e supostamente monogâmicos, há chances de infecção.

Em culturas nas quais a passividade e a submissão das mulheres são elementos que fundamentam relações afetivas e sexuais, pode ser difícil para uma mulher recusar sexo indesejado ou negociar o uso de preservativo. Um parceiro masculino pode recusar-se a usar proteção, mesmo que esteja fazendo sexo com outras pessoas. Para muitas mulheres, o medo da violência sexual e/ou da dependência financeira de um parceiro masculino torna indesejável ou impossível negociar uma prática sexual mais segura.

A Dra. Susan C. Ball, professora associada de Medicina no Hospital Presbiteriano de Nova Iorque, ressalta que “o resultado desse desequilíbrio de poder sexual levou à infecção de diversas mulheres no mundo todo, assim como à de bebês que nasceram delas”. Muitas culturas desencorajam as mulheres a tocar ou olhar para os seus próprios genitais, o que dificulta a observação de sinais precoces de uma IST. Devido a essas questões sociais e culturais, algumas pessoas podem se sentir mais sensíveis à vergonha e ao estigma associados às IST e, assim, atrasar seu diagnóstico e posterior tratamento.

De 2007 a junho de 2020, 69,4% dos casos notificados no Sinan corresponderam a homens, enquanto 30,6% dos casos corresponderam a mulheres. No ano de 2019, a proporção dos sexos para essa infecção foi de 2,6, ou seja, 26 homens para cada dez mulheres. Entre as mulheres maiores de 13 anos, nota-se que 86,6% dos casos

foram em decorrência de exposição heterossexual e 1,3% se deu entre usuárias de drogas injetáveis.⁴

Em média, as mulheres têm menos recursos financeiros do que os homens, apresentam maior probabilidade de ser mães solo e são as principais cuidadoras de pessoas idosas e/ou doentes. Para algumas, a falta de dinheiro pode significar a falta de acesso a prevenção e tratamento. Além disso, também pode indicar que estamos preocupadas demais com nossa própria sobrevivência diária e com a de nossos familiares para procurar ter práticas sexuais mais seguras e/ou para fazer o rastreio e tratamentos necessários. Dessa forma, a injustiça econômica e social contribui para maiores taxas de IST não tratadas e, assim, para um maior risco de transmissão dessas IST entre parceiras sexuais dentro de comunidades nas quais a pobreza é um problema significativo.

A insensibilidade de algumas instituições de saúde em relação às mulheres, especialmente mulheres negras, pobres, sem acesso aos serviços de saúde, resulta em atraso na procura de cuidados e tratamentos. Infelizmente, pode ser comum encontrar dois tipos de estigmas que envolvem classe e raça. De um lado, temos mulheres pretas e pobres que são estigmatizadas em relação a comportamentos tidos como inadequados e que, além do racismo, sofrem com a falta de cuidado e situações discriminatórias. De outro lado, temos as mulheres brancas e de classe média em cujas consultas, em vista de sua posição social, o tema das IST não é discutido ou investigado. Ambas as formas de preconceito podem ser prejudiciais e acarretar atraso no tratamento de eventuais IST. Contudo, as mais afetadas são as mulheres pretas e pobres, pois, além do preconceito, para elas, o acesso aos serviços de saúde é mais uma barreira e, quando estão dentro do sistema de saúde, sofrem diretamente com situações de racismo durante atendimentos, o que pode inclusive levar a uma interrupção do tratamento.

De 2007 a junho de 2020, 40,1% dos casos de infecção por HIV reportados ao Sinan foram informados por pessoas brancas, enquanto 50,7% foram informados por pessoas negras (pretas e pardas). Também se deve apontar que o percentual de casos em que raça/etnia é um fator ignorado é alto: 8,1%. Entre as mulheres, a desigualdade racial é ainda mais acentuada: 36,6% dos casos de infecção por HIV se deram entre brancas e 54,3% entre negras.⁵

Outra população bastante negligenciada e com altas taxas de infecção por HIV é a das pessoas transexuais e travestis,⁶ que sofrem muito preconceito e discriminação para conseguir atendimento nos serviços. Se o reconhecimento e o uso de seus nomes sociais são difíceis, o acesso e a assistência são mais ainda.

Considerando a história do Brasil – caracterizada por discriminação de raça, gênero e sexualidade e por desigualdade de acesso aos cuidados de saúde –, não é surpreendente que as IST tenham seu maior impacto em populações vulnerabilizadas. A culpa é muitas vezes colocada no comportamento individual, mas seus altos

números se devem às condições sociais subjacentes que nosso país não conseguiu e não consegue enfrentar.

A incidência de muitas IST, especialmente o HIV, costuma ser maior em bairros pobres e periféricos. Esses números dão origem a estereótipos segundo os quais as mulheres e os homens de comunidades economicamente vulneráveis são retratados como promíscuos e irresponsáveis em relação à proteção contra as IST. Na verdade, pesquisas recentes mostram que não é o comportamento individual que determina a probabilidade de adquirir uma IST; a comunidade em que se vive e na qual são escolhidas as parcerias sexuais tem um grande impacto na quantidade de risco que as pessoas enfrentam.

Alguns motivos que tornam as comunidades mais vulneráveis às IST são, por exemplo:

- menos hospitais e centros de tratamento adequados,
- menos acesso a ações de educação, prevenção e tratamento de IST,
- menos acesso a políticas públicas em saúde reprodutiva e IST,
- menos acesso a preservativos e lubrificantes,
- menos investimento em equipamentos públicos de saúde, educação, assistência social, lazer,
- menos acolhimento adequado nos serviços de saúde, principalmente em relação a gênero e sexualidade e raça ou etnia,
- altas taxas de encarceramento – o Brasil tem a terceira maior população carcerária do mundo, com o número de prisões aumentando a cada ano e muitas já superlotadas.

As prisões, tanto femininas quanto masculinas, constituem outro exemplo de como os fatores sociais atuam nas condições de saúde. Apesar de muitas pessoas chegarem à prisão com uma IST não tratada, condições de vida pouco saudáveis e cuidados médicos insuficientes, muitas vezes não recebem um tratamento suficientemente atento e sofrem mais complicações de saúde, o que eleva, por exemplo, a taxa de mortalidade por HIV/Aids.

Segundo Bradley Stoner, presidente do Conselho de Administração da Associação Americana de Saúde Social (*American Social Health Association*), os números são um importante lembrete de que as IST são uma ameaça crítica à saúde pública. Os dados sobre as disparidades, de acordo com Stoner, “mostram que as populações menos favorecidas continuam a sofrer uma parte desproporcional do fardo de uma IST. É hora de focar mais agressivamente nos esforços de prevenção e controle de IST e de voltar nossa atenção para a desestigmatização dos testes de IST e do seu tratamento”.⁷

O aumento da acessibilidade aos serviços para IST é crucial, assim como o envolvimento das próprias comunidades na sua concepção e na sua implementação. Ao mesmo tempo, precisamos encontrar maneiras de lidar com as complexas injustiças

econômicas e raciais que contribuem para essas disparidades. Como vimos, nitidamente, fatores culturais, sociais e econômicos podem combinar-se para aumentar o risco de transmissão de IST entre diferentes grupos populacionais. Mulheres trans, negras, pobres e indígenas são marcadas por disparidades concretas em seus cotidianos. Entendendo que não há apenas uma categoria de mulher, mas que diferentes mulheres com diferentes histórias são marcadas de diferentes maneiras, é preciso defender o direito de que todas desfrutem de sexo sem colocar em risco sua saúde, protegendo-se e obtendo os cuidados médicos necessários.

Uma melhora nas experiências de saúde das mulheres com IST dependerá de mudanças sociais fundamentais que levem em consideração a pobreza, o racismo e o machismo. É importante fazer com que os agentes públicos compreendam que o fato de que certas comunidades sejam mais atingidas pelas IST não significa que está em jogo uma tendência inerente às infecções sexuais nessas comunidades, mas, sim, a influência de questões sociais e econômicas. Como observa o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, uma peça-chave para melhorar os esforços de prevenção e de tratamento de IST nas comunidades mais atingidas pelo racismo e pela instabilidade econômica é a participação de seus membros “em todas as fases do processo de concepção e implementação de estratégias de prevenção e controle”. Além de ações específicas no campo da promoção da saúde, são também necessárias, em diversas áreas, medidas como políticas sociais, educacionais e econômicas que busquem diminuir a vulnerabilidade das populações mais afetadas.

A maioria das mulheres procurava ser ouvida. Respeitada no seu tempo. Não só no tempo de parto, mas no tempo de olhar para si mesma, descobrir-se e iniciar o encantamento com seu próprio corpo e história de vida.

Lá, naquele coletivo, havia outro tempo entre as almofadas de crochê e o futon verde no chão que convidava a deitar. Espelhos, espéculos e palavras faziam o caminho do colo do útero, das curvas dos lábios vaginais e das secreções que falavam sobre seus sentimentos. Era sempre uma grande surpresa quando se visitava a vagina. Quando se descobria esse grande e maravilhoso espaço de tempo e processos de vida. Ali se nascia, ali se fazia amor, ali também se guardava violência. O tempo era contado por elas e com reflexos no espelho.

Cansadas das medicalizações excessivas e das receitas de prescrição de anti-concepcionais, as mulheres buscavam outras possibilidades, outros tempos que respeitassem seus corpos, para que pudessem conhecê-los nos seus ciclos de fertilidade, imaginação, recolhimento ou tristezas. A ideia de que o corpo estava sempre errado não podia mais fazer sentido, porque agora quem dava sentido àquelas imagens do espelho que lembravam cores, pinturas, palavras e delicadezas era o próprio corpo.

Éramos um grupo de obstetrias que também gostávamos de nos chamar parteiras – o grupo La Mare de parteiras do coletivo. Além dos acompanhamentos de pré-natal, parto domiciliar e puericultura, também atendíamos mulheres que queriam saber sobre seus corpos e conhecer métodos não hormonais para o planejamento reprodutivo. A obstetria desenhando seu espaço junto às mulheres para acolher e cuidar da dimensão sexual e reprodutiva das suas vidas. Uma grande oportunidade de aprender pela ginecologia autônoma, pelo conhecimento das plantas – de nos reconectar com os saberes ancestrais femininos.

As consultas também acabavam trazendo os temas das infecções vaginais, das relações afetivas, dos sentimentos de culpabilização e das questões emocionais que participam dos desequilíbrios da flora vaginal. A ideia de que a vagina está suja ou sempre em desequilíbrio é um elemento cultural que nos afasta do conhecimento sobre as necessidades que temos de olhar para ela e perceber o que não está dentro do nosso normal. Por isso, as mulheres eram convidadas a olhar, sentir e perceber o que falavam suas secreções. Havia espaço para entender como prevenir as infecções e quais eram os diálogos possíveis dentro das relações homo e heteroafetivas para prevenção e autocuidado.

Aquelas mulheres mudavam não somente uma cultura de consulta ginecológica, mas um olhar sobre elas mesmas, sobre suas filhas, irmãs, amigas. Uma tentativa de subversão que sempre trazia um espaço de amor e cura entre mulheres que se cuidam.

Bianca Zorzam, obstetria

FATORES BIOLÓGICOS

No corpo da mulher cis, as diferentes mudanças no ciclo de vida também podem acarretar diferentes vivências na sexualidade e, conseqüentemente, na vulnerabilidade às IST. Em adolescentes, as células do colo do útero não produzem tanto fluido cervical protetor quanto as do colo do útero adulto e, portanto, ficam mais suscetíveis a infecções. No entanto, as infecções são possíveis em qualquer idade, e as mulheres que já não menstruam mais também podem ter mais riscos: na menopausa, o revestimento vaginal fica mais fino e, muitas vezes, um pouco mais seco devido à diminuição da produção de lubrificantes vaginais. As mulheres mais velhas podem ter pequenas fissuras na pele durante a relação vaginal ou durante outro tipo de sexo insertivo, o que as torna vulneráveis a infecções transmitidas por via sexual. Muitos profissionais de saúde pressupõem erroneamente que mulheres mais velhas não têm ou não querem mais sexo e, por isso, são muito menos propensos a oferecer a essas

mulheres orientações sobre prevenção e testes de rastreio. Sempre que você se sentir em uma situação de vulnerabilidade ou precisar de informações relacionadas à sexualidade, independentemente de sua idade, tente encontrar uma profissional de saúde bem informada, com quem você possa falar abertamente sobre sua saúde sexual antes de ter qualquer problema.

USO DE DROGAS INJETÁVEIS

Além da prática de relação sexual protegida, pessoas usuárias de drogas injetáveis precisam considerar como injetar-se com segurança, uma vez que as agulhas compartilhadas podem estar contaminadas com HIV ou outras infecções transmitidas pelo sangue. Um estudo do CDC, na Califórnia, observou que, em um período de 12 meses, 32% dos americanos usuários de drogas injetáveis usaram seringas compartilhadas, e 63% fizeram sexo desprotegido – ou seja, usuários de drogas injetáveis são duplamente expostos a IST. Programas de distribuição de troca de agulhas descartáveis têm sido bem-sucedidos em ajudar as pessoas na redução do risco de transmissão do HIV.

Segundo o último levantamento do Sinan, no Brasil, a porcentagem de infecções de HIV por exposição a drogas injetáveis em mulheres é de 1,3%, mas a exposição proveniente de relações sexuais com homens é responsável por 86,6% de todos os casos notificados.⁸ Embora a maioria das mulheres com HIV sejam infectadas através de relações sexuais desprotegidas com um homem infectado, o uso de drogas do parceiro poderia ser a fonte da infecção.

O consumo de drogas injetáveis costuma ser mais danoso às pessoas quanto maior é a vulnerabilidade social em que vivem e menos acesso a serviços e acompanhamentos de saúde elas têm. A falta de acesso a cuidados pode ser especialmente difícil para as mulheres, que costumam ter a responsabilidade diária de cuidar das crianças e podem, portanto, enfrentar mais obstáculos para fazer algum tratamento ou reabilitação.

RISCOS PARA MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES

Se você faz sexo exclusivamente com outras mulheres, sua chance de se infectar com uma IST é menor do que a das mulheres que fazem sexo com homens. Contudo, mulheres que estão em relações com pessoas do mesmo sexo podem ser expostas e transmitir IST, incluindo HPV, HIV, herpes e, ainda que menos provável, clamídia.

O CDC, órgão estadunidense que compila dados sobre doenças, relata que existem dados limitados sobre o risco de IST para mulheres que fazem sexo com mulheres, mas se sabe que esse risco varia dependendo da IST e da prática sexual (sexo oral-genital; sexo genital envolvendo fricção da pele com genital; sexo vaginal ou anal usando mãos, dedos ou brinquedos sexuais penetrantes; e sexo oral-anal). No Brasil, não há muitas informações oficiais, mas estão surgindo novos estudos que buscam dar mais visibilidade a esse tema. Uma pesquisa realizada pela Universidade

Estadual Paulista (Unesp) em 2017,⁹ com 150 mulheres que fazem sexo com mulheres, constatou que 47,3% delas tinham o diagnóstico de alguma IST.

Muitas mulheres que praticam sexo com outras mulheres podem ter tido relações sexuais com homens, podem ter sido estupradas ou podem ter se envolvido em situações de risco, como compartilhar agulhas ou brinquedos sexuais com outras parceiras sexuais cujo *status* de IST é desconhecido. Definir o risco apenas em termos de identidade sexual pode não ser uma boa ideia. A possibilidade de adquirir uma IST depende da prática e da segurança em relações sexuais, e não da forma como a pessoa se identifica.

Para as lésbicas, revelar sua orientação sexual ao profissional de saúde pode constituir um grande desafio, mas é importante para garantir acesso a informação, testagem adequada e tratamento apropriado para IST. No entanto, mesmo quando a pessoa explica sua orientação sexual, alguns prestadores de serviços de saúde ainda podem ter dificuldade em compreender totalmente as necessidades das mulheres que fazem sexo com outras mulheres:

Recentemente, fui a uma nova ginecologista e lhe disse que era sexualmente ativa com mulheres. Mais tarde, durante o exame, ela disse que não precisaríamos nos preocupar com testes para IST. Eu fiquei bem surpresa. Ela presumiu que eu não poderia contrair uma IST porque as minhas parceiras são mulheres. Felizmente, eu sabia que isso não estava certo.

Nesse caso, é muito importante ter orientações adequadas sobre tipos de prática sexual para relações mais seguras; por exemplo, usar o protetor *dental dam*, uma folha de látex com tamanho aproximado de 15x15 cm que serve como uma barreira para evitar infecções durante a prática de sexo oral.

TRIAGEM, TESTE E TRATAMENTO DE IST

TRIAGEM

Algumas triagens, como o exame preventivo de colo de útero (também conhecido como exame Papanicolau), que procura mudanças cervicais pré-cancerígenas, são oferecidas a quase todas as mulheres. Outras triagens são recomendadas para mulheres grávidas ou populações em situação de vulnerabilidade, que geralmente incluem adolescentes sexualmente ativas, pessoas com histórico de IST e outras doenças, pessoas que nem sempre usam preservativos e pessoas que usam drogas ou são profissionais do sexo.

Atualmente, a realização de testes de rotina é considerada a melhor abordagem. A combinação entre o diagnóstico precoce e o tratamento adequado (atendimento imediato das pessoas com IST e de suas parcerias) e oportuno para diferentes IST – especialmente HIV, sífilis e hepatites B e C – possibilita o bloqueio de uma cadeia de transmissão. Inclusive, o acesso a testagem deve ser garantido para todas as gestantes, pois é essencial para a prevenção da transmissão vertical.

Como mencionado anteriormente, antes se falava muito sobre grupos de risco, mas essa ideia e esse termo já foram descartados, visto que as IST ocorrem com frequência na população e têm múltiplas apresentações clínicas. É necessário conhecer as diferentes vulnerabilidades da população e garantir acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado para todas as pessoas, em especial para aquelas que vivem em situações de maior vulnerabilidade.

Os limites da triagem

Testes sensíveis e específicos estão disponíveis para clamídia, gonorreia, sífilis, HIV, herpes, tricomoníase e câncer. No entanto, nenhum teste é perfeito e até mesmo os melhores testes disponíveis ocasionalmente produzem falsos negativos e falsos positivos. Às vezes, os testes erram a presença de uma IST se a pessoa exposta ainda está incubando a infecção (no caso do HIV, isso também é conhecido como período da janela imunológica)¹¹ ou se o espécime não é coletado ou processado corretamente. Existem também algumas IST para as quais não há, atualmente, nenhum teste de laboratório comercialmente disponível (por exemplo, para *Mycoplasma genitalium*, uma bactéria que pode causar inflamação nos órgãos genitais). Por isso, a qualquer sinal de anormalidade ou se você se sentir em uma situação de vulnerabilidade (por exemplo, ter vivido uma relação sexual desprotegida), é muito importante procurar um serviço de saúde para orientações.

Triagem recomendada para mulheres grávidas

Infecções não tratadas podem reduzir a sua capacidade de ficar grávida e, em alguns casos, causar infertilidade. De igual modo, elas podem aumentar a possibilidade de complicações da gravidez e afetar a/o bebê, de modo que o diagnóstico precoce é essencial. No Brasil, recomenda-se, como protocolo básico para todas as gestantes, o seguinte esquema de testagem:

- nos três primeiros meses de gestação: HIV, sífilis e hepatites;
- nos três últimos meses de gestação: HIV e sífilis;
- em caso de exposição de risco e/ou violência sexual: HIV, sífilis e hepatites;
- em caso de aborto: sífilis.

O Ministério da Saúde recomenda que testes para HIV e para sífilis também sejam realizados no momento do parto, independentemente de exames anteriores, para evitar a transmissão vertical.

Recomenda-se a realização de um teste para a hepatite C em mulheres gestantes com histórico de exposição ao vírus. Contudo, um relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec)¹² divulgado em 2020 recomenda a incorporação da testagem universal para hepatite C em gestantes no pré-natal.

Uma visita pré-natal precoce também é uma boa hora para verificar a presença de vaginose bacteriana e para fazer um exame de Papanicolau se a gestante não o tiver realizado há um ou dois anos. Alguns especialistas recomendam que mulheres que tiveram um parto prematuro no passado passem por triagem e tratamento para vaginose bacteriana na primeira visita pré-natal.

As infecções adquiridas pela primeira vez durante a gravidez são as que mais costumam ser passadas para bebês. Clamídia, gonorreia, sífilis, tricomoníase e vaginose bacteriana podem ser tratadas e curadas com antibióticos durante a gravidez. As IST virais não podem ser curadas, mas a medicação antiviral pode ser indicada para mulheres grávidas com herpes e para aquelas com HIV. Aliás, mulheres que têm IST, mas que são acompanhadas durante todo o pré-natal com acesso adequado ao tratamento, reduzem drasticamente a possibilidade de o feto ser infectado, inclusive por HIV.

Você pode precisar de outros testes mais tarde durante a gravidez se estiver em risco de exposição (por exemplo, se teve uma relação sexual desprotegida e desconhece a situação de testagem da outra pessoa ou se usou drogas injetáveis compartilhadas).

TRATAMENTO – ONDE PROCURAR

Atenção Básica de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde (conhecidas popularmente como UBS) são serviços oferecidos pelo SUS e estão presentes em todos os municípios brasileiros. Os profissionais de saúde que atuam nesses locais devem receber treinamentos específicos para aconselhamento, testagem e tratamento da maioria das IST.

Os serviços de planejamento familiar e/ou reprodutivo das unidades de saúde oferecem orientação acessível e de qualidade sobre IST, assim como testes e encaminhamentos. Além disso, devem lidar com questões relacionadas a sexualidade com o acolhimento adequado. Os locais que não oferecem esses serviços saberão te orientar sobre onde encontrá-los. Procure a unidade mais próxima da sua casa e se informe.

Nessas unidades de saúde, você pode ser atendida por diversas profissionais de saúde, como médicas, enfermeiras ou obstetrias. O ideal é que a profissional de saúde ofereça respostas claras e compreensíveis às suas perguntas, seja acolhedora e não faça nenhum tipo de julgamento.

O SUS tem um dos maiores programas de prevenção para IST, garante acesso a testes rápidos e tratamento gratuito para toda a população, mas, se você preferir fre-

quantar clínicas particulares ou de seguros de saúde (convênios), deve ser acolhida sem julgamentos e ter acesso a testagem e tratamento de acordo com as condições estabelecidas em contrato.

Planejamento familiar e clínicas comunitárias

Em algumas cidades, existem modelos de clínicas comunitárias que oferecem serviços de planejamento familiar, orientação acessível e de qualidade sobre IST, coleta de exames preventivos, assim como outros exames, testes e encaminhamentos. Geralmente, essas clínicas oferecem atendimento multiprofissional composto por médicas de família, enfermeiras e obstetrias. Essas profissionais são treinadas para testar e tratar IST, além de realizar acolhimento e atendimentos a outras questões de saúde.

Emergência

Se você foi forçada a ter alguma relação sexual ou teve uma relação consentida desprotegida e se sente em uma situação de vulnerabilidade em relação a possíveis IST (ou mesmo a uma gravidez não desejada), pode procurar atendimento em hospitais, maternidades e unidades de pronto-atendimento (públicos ou privados) em sua cidade para receber tratamento preventivo para IST, incluindo HIV, e também orientações em relação a uma gravidez indesejada.

Cada cidade pode se organizar de sua maneira para oferecer os protocolos de atenção a vítimas de violência sexual, mas é muito importante que você procure assistência o mais rápido possível (o ideal é receber medicação em até no máximo 72 horas).

O protocolo é o seguinte: se a mulher estiver em fase reprodutiva, a primeira providência é fazer a anticoncepção de emergência seguida de profilaxia das IST não virais, do HIV e das hepatites B e C por meio da testagem rápida. Você pode fazer vacina e imunização para hepatite B se o teste for negativo para essa doença e retornar 30 dias depois para seguimento clínico/laboratorial. Durante esse período, você vai continuar tomando os remédios e fazendo o acompanhamento necessário.

É importante reforçar que, infelizmente, muitas vezes a equipe de emergência do hospital não será capaz de te dar, com experiência e sensibilidade, o acolhimento de que você pode precisar para lidar com a IST. Por isso, se você foi vítima de alguma situação de violência ou abuso sexual, procure grupos de apoio, a defensoria pública ou uma advogada para saber seus direitos e se deve buscar ajuda jurídica e formalizar uma denúncia. Como a realidade brasileira é muito diversa e cada cidade tem uma rede de atendimento específica, recomendamos que você procure centros especializados de saúde e centros de atendimento à mulher. ONGs também podem oferecer esse tipo de orientação.

Sou profissional de saúde e trabalhei em uma maternidade pública de uma cidade de médio porte do interior paulista. Essa maternidade era referência para os casos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Em um determinado plantão de domingo, logo no início da manhã, chegou uma mulher que tinha passado por uma situação de violência. Naquele dia, o plantão estava calmo e pudemos oferecer acolhimento e mantê-la em um ambiente reservado. Após passar pelo atendimento médico (exames e prescrições), auxiliamos [a paciente] durante a administração dos medicamentos necessários (prevenção de IST e gravidez) e lhe explicamos sobre os encaminhamentos para que continuasse com a medicação (o hospital é responsável apenas pelo primeiro atendimento, depois ela seria encaminhada a um serviço especializado). Nesse momento, toda a equipe buscou acolhê-la e orientá-la sobre os próximos passos. Na cidade, havia um Centro de Atendimento à Mulher que oferece, além de atendimento jurídico, atendimento psicológico e social. Então, procuramos mostrar todos os caminhos de assistência que o município oferecia. Infelizmente, o atendimento de emergência é pontual e depende de uma série de fatores (como lotação da maternidade, por exemplo). Nesse sentido, acredito que é fundamental que os profissionais estejam sempre preparados para esse tipo de atendimento e tenham um protocolo de referência acordado entre toda a rede de atendimento, já que o mais importante, além do medicamento e das prescrições, é que a mulher receba o acolhimento adequado, de modo que esse primeiro atendimento abra as portas da rede e do suporte necessários para essa mulher.

Mariana De Gea Gervasio, obstetriz

DIMINUINDO RISCOS DEPOIS DA EXPOSIÇÃO

Se você acha que pode ter sido exposta ao HIV ou às hepatites A ou B, deve procurar atendimento imediatamente, sem esperar por testes. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) envolve a tomada de um tratamento antirretroviral de curto prazo para reduzir a probabilidade de infecção após uma exposição potencial. Se tiver sido exposta ao HIV através do seu trabalho, de uma atividade sexual desprotegida, do uso de agulhas compartilhadas ou se tiver passado por uma situação de violência sexual, você pode ir à emergência dentro de até 72 horas após a suspeita de exposição (quanto mais cedo, melhor) e solicitar a profilaxia. Os remédios usados no tratamento são distribuídos gratuitamente pelo SUS.

Quanto mais cedo a PEP for iniciada, maior será a sua eficácia. Se você não foi vacinada contra as hepatites A ou B, é bom procurar tratamento dentro de 24 horas depois da exposição à hepatite B e até duas semanas (ou o mais rápido possível) após a exposição à hepatite A – indivíduos não vacinados devem receber imunoglobulina para hepatite A dentro de duas semanas após a exposição. As pessoas que recebem

a PEP também devem ser vacinadas. A equipe que oferece esse tipo de assistência é treinada; por isso, você vai receber orientações não apenas sobre o HIV, mas também sobre outros tipos de infecções.

Informações sobre HIV

Para saber mais encontrar uma relação de todos os serviços públicos que fornecem assistência à saúde pós-exposição (para HIV e outras infecções), acesse o site do Ministério da Saúde: http://www.aids.gov.br/pep_onde/index.html.

Preparação para visitar um posto de saúde

- **Encontre uma profissional de saúde em quem você confie.** Algumas profissionais ficam desconfortáveis ao falar sobre sexo ou podem fazer suposições sobre você ter uma IST ou não com base em preconceitos culturais. Embora muitas vezes estejamos limitadas por restrições de custo ou de seguro saúde, tente encontrar uma profissional de saúde com quem você fique à vontade para conversar (UBS, clínicas comunitárias e centros especializados, listados na seção anterior, têm profissionais treinadas para falar sobre todas as questões sexuais). Peça recomendações e procure alguém que forneça informações completas e claras, que a encoraje, responda a suas perguntas e aceite a sua sexualidade e/ou identidade de gênero.
- **Ligue antes ou procure informações on-line.** Em instituições particulares ou convênios de saúde, descubra quais serviços são oferecidos e quanto você terá que pagar. Os testes podem envolver pagamento adicional, mas, na rede pública de saúde (o SUS), o acesso aos testes é totalmente gratuito.
- **Pense antes na confidencialidade.** Todas as pessoas têm direito a confidencialidade nos atendimentos e registros de IST. No entanto, se você tiver menos de 18 anos e for usuária de plano de saúde como dependente de seus pais/responsáveis, esteja ciente de que eles, como titulares da apólice de seguro, poderão receber uma notificação da empresa de seguros/convênio que inclui uma explicação dos encargos ou benefícios. Se você julgar isso inapropriado, procure por unidades de saúde do SUS que oferecem testes gratuitos ou laboratórios de baixo custo.
- **Fique atenta a automedicação. Pode-se aplicar gelo ou tomar medicamentos para a dor genital.** No entanto, não coloque nenhum creme ou pomada em uma ferida, pois isso pode tornar mais difícil a detecção do micro-organismo no teste. Se você estiver com problemas para urinar, evite ingerir bebidas alcoólicas e comer alimentos picantes (ambos podem irritar o trato urinário) até receber tratamento e a infecção ter melhorado. Em alguns casos, um banho quente pode aliviar a dor.

- **Não faça sexo desprotegido ou uma lavagem íntima.** Fazer uma lavagem íntima antes do teste de verificação de IST pode tornar os resultados menos precisos e piorar sua infecção, o que também pode acontecer se você fizer sexo desprotegido.
- **Peça apoio.** Algumas pessoas conseguem levar uma pessoa amiga para anotar informações e oferecer apoio emocional. Certifique-se de que a pessoa que te acompanhará seja alguém em quem você confie e com quem você possa ser honesta sobre qualquer coisa que a profissional de saúde perguntar, incluindo o histórico de suas práticas sexuais e eventuais situações de violência. Se há coisas que você prefere que apenas a profissional de saúde saiba, pode ser melhor ir à consulta sozinha ou tentar conseguir um tempo a sós com a profissional (longe da pessoa que está te acompanhando). Algumas instituições não permitem a entrada de outra pessoa na sala, mesmo a pedido da paciente, para evitar qualquer barreira à troca honesta de informações e para não comprometer a confidencialidade da paciente.

Na clínica ou no consultório médico

- **Diga a verdade.** É importante que a profissional de saúde que te acompanha saiba se, entre suas parcerias sexuais, estão incluídos homens, mulheres ou ambos; se você teve novas parcerias desde a última visita; e seus diferentes tipos de exposição e/ou práticas sexuais. Embora algumas mulheres pratiquem sexo anal, muitas vezes não são questionadas sobre essa prática durante uma consulta; assim, é preciso ser honesta para que seu atendimento seja o mais preciso e compreensivo possível. Além disso, aproveite para abordar todas as suas dúvidas sobre práticas sexuais específicas.
- **Confirme se fez todos os testes de que precisa.** Embora profissionais de saúde possam ser capazes de diagnosticar herpes, por exemplo, apenas olhando, certos exames podem fornecer informações mais específicas. Pergunte exatamente para quais IST você está sendo testada, pois algumas delas precisam ser diagnosticadas a partir de sintomas, uma vez que não há testes de triagem confiáveis.
- **Pergunte sobre vacinas.** Desde 2011, há duas vacinas eficazes no mercado para prevenir o HPV. Uma delas é contra os dois tipos de HPV ligados ao câncer, enquanto a outra cobre os mesmos tipos de câncer de alto risco e, além disso, os dois tipos que normalmente causam verrugas genitais. É importante que as mulheres que recebem uma vacina contra o HPV continuem com a triagem recomendada para câncer cervical (como o exame de Papanicolau). Vacinas também estão disponíveis contra infecções por hepatite A e B.
- **Verifique se entendeu o seu diagnóstico e o que você precisa fazer para ficar bem.** Se você foi diagnosticada com uma IST, é importante saber qual

medicação deve tomar e por quanto tempo; os efeitos colaterais em potencial, incluindo interações de drogas com contraceptivos hormonais e outras medicações e substâncias; quanto tempo esperar antes de retomar a atividade sexual; e quaisquer testes de acompanhamento ou tratamento necessário. Não tenha vergonha de fazer perguntas.

- **Não vá embora com perguntas não respondidas.** Se a profissional de saúde estiver ocupada demais para responder a suas perguntas, peça para falar com outra pessoa. Descubra quanto tempo levará para que seus sintomas abrandem, o que você deve dizer às suas parcerias sexuais (e se essas pessoas precisam de tratamento) e quando poderá retomar atividades sexuais. Se o consultório precisar contatar você com os resultados dos exames, forneça um número de telefone ou endereço de e-mail em que você pode ser encontrada e informe se podem te deixar recados. Você também pode agendar uma data para ligar ou para voltar à clínica/UBS e receber seus resultados.

Acompanhamento

- **Ligue se tiver mais perguntas.** Às vezes é difícil pensar em tudo o que precisa falar no momento da consulta. Se tiver mais perguntas após a sua visita, entre em contato e peça as informações de que precisa.
- **Tome todos os medicamentos prescritos.** Mesmo que você esteja se sentindo melhor ou que os sintomas tenham desaparecido, tome toda a medicação prescrita. Um tratamento incompleto pode levar os micro-organismos a criarem resistência aos remédios, o que pode piorar as infecções, deixando-a mais suscetível e causando mais complicações.
- **Faça um plano com suas parcerias sexuais.** É muito importante realizar o tratamento adequado e tomar toda a medicação conforme prescrito antes de fazer sexo novamente; do contrário, uma reinfeção pode ocorrer. As parcerias sexuais também podem precisar de uma consulta. Oriente a pessoa com quem você está a procurar auxílio médico para tomar as medicações necessárias. Pergunte à profissional se é possível fornecer a medicação para a sua parceria sexual e quanto tempo você precisa esperar depois do tratamento para retomar atividades sexuais.
- **Seja paciente.** Em algum momento você pode sentir insegurança em relação ao seu tratamento. Os testes não são perfeitos; às vezes os tratamentos são um fardo pesado ou não funcionam, o que significa mais visitas médicas, tempo e dinheiro. No entanto, a alternativa de não receber tratamento é pior, porque coloca em risco a sua saúde a longo prazo e também a saúde das pessoas com quem você se relaciona sexualmente.
- **Conheça seus direitos.** As pessoas profissionais de saúde são obrigadas por lei a comunicar ao serviço de saúde pública determinadas IST, incluindo sífilis e HIV/

Aids. Departamentos de saúde pública usam informações sobre diagnósticos de IST para identificar fatores de risco para a doença, detectar e responder a surtos, interromper a propagação da infecção e planejar programas de prevenção. Embora os nomes estejam incluídos nos relatórios, as informações pessoais são confidenciais e, por lei, não podem ser divulgadas pelo serviço de saúde a mais ninguém. O sigilo médico é um direito, de forma que você pode se sentir à vontade para compartilhar todas as informações necessárias com a profissional que está te atendendo. Se você for diagnosticada com gonorreia, sífilis, HIV/Aids ou clamídia, a profissional de saúde pode pedir o nome das pessoas com quem você se relacionou e entrar em contato com elas, sem usar seu nome, para incentivá-las a buscar exames e tratamento. Você também pode escolher compartilhar essa informação com as suas parcerias sexuais por conta própria – fazer isso pode preservar suas fertilidades ou até mesmo suas vidas, bem como a de outras pessoas.

IST CAUSADAS POR BACTÉRIAS E PARASITAS: CLAMÍDIA, GONORREIA, SÍFILIS E TRICOMONÍASE

IST bacterianas e tricomoníase (causada por um parasita) são transmitidas por meio de atividade sexual, e não através do contato com assentos de sanitários, maçanetas de portas, piscinas, banheiras, roupas compartilhadas ou utensílios de cozinha. A boa notícia é que essas IST são curáveis através de tratamento medicamentoso desde que você procure auxílio médico, seja examinada e tratada, siga com toda a medicação, evite contato sexual até que esteja curada e certifique-se de que sua parceria sexual também seja examinada e tratada.

No entanto, também há más notícias. Assim como as IST virais, as IST bacterianas muitas vezes não apresentam sinais ou sintomas. Isso significa que você pode ser infectada e infectar parcerias sexuais sem se dar conta. As complicações graves que causam danos irreparáveis podem progredir silenciosamente antes de se reconhecer um problema; essas complicações incluem doença inflamatória pélvica, infertilidade e gravidez ectópica com risco de vida. Quanto mais tempo levar para que as IST bacterianas sejam tratadas, mais danos elas podem causar. A medicação curará essas infecções, mas não reparará qualquer dano permanente que tenha ocorrido antes de o tratamento começar.

Se você está tratando uma IST bacteriana ou tricomoníase, terá um alto risco de reinfecção se não evitar ter relações sexuais até que tenha completado com sucesso o tratamento – o mesmo vale para as suas parcerias sexuais. As taxas de reinfecção entre as mulheres diagnosticadas com clamídia e gonorreia e tratadas para essas doenças são elevadas, em muitos casos, porque suas parcerias não recebem tratamento.

Ter múltiplas infecções aumenta o risco, para as mulheres, de desenvolvimento de complicações graves na saúde reprodutiva que podem levar a infertilidade.

CLAMÍDIA

A clamídia é causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. Nos Estados Unidos, cerca de 1,2 milhão de casos de clamídia foram relatados em 2009. Apesar disso, muitas vezes essa infecção passa despercebida e não é diagnosticada. A expectativa é de que o número de casos aumente para mais de 2,8 milhões ao ano – mais que o dobro do número de casos relatados em 2009.

No Brasil, os casos de infecções por clamídia também são frequentes. Um estudo realizado em uma cidade da região sul do Brasil, envolvendo um grupo de mulheres sexualmente ativas e assintomáticas, demonstrou que a clamídia ocorre em 10,7% das mulheres, isto é, uma mulher em cada 10 avaliadas tinha a infecção.¹³ Segundo informações do Boletim Epidemiológico, estudos apresentaram variações de 9,4% até 18%¹⁴ de prevalência da infecção em diferentes grupos populacionais. Contudo, como a clamídia não é uma doença de notificação compulsória, não existem dados consolidados sobre essa infecção.

Transmissão

A clamídia pode ser transmitida durante sexo vaginal, oral ou anal – a prática de sexo anal desprotegido pode levar a uma infecção no reto. A clamídia pode ser encontrada em gargantas de mulheres e homens que fizeram sexo oral com pessoas infectadas. A utilização de brinquedos sexuais não higienizados adequadamente também pode levar a uma infecção, assim como infecções no olho pelo contato com as secreções genitais (por exemplo, levar a mão contaminada aos olhos) são igualmente possíveis.

Gravidez e parto

A clamídia pode ser passada de uma mãe infectada para a/o bebê durante o parto vaginal. É uma das principais causas de pneumonia infantil precoce e conjuntivite em recém-nascidas/os.

Possíveis sinais e sintomas

A maioria das mulheres com clamídia não têm sintomas aparentes. A bactéria infecta inicialmente o colo do útero e a uretra. As mulheres que apresentam sintomas têm, por vezes, um corrimento vaginal anormal ou uma sensação de ardor ao urinar. Mesmo quando a infecção se propaga do colo do útero para as trompas, algumas mulheres não apresentam sinais ou sintomas. Outras podem ter dor pélvica, dor na parte inferior das costas, náuseas, febre, dor durante relação sexual ou sangramento entre

os ciclos menstruais. Se a infecção se propagar para o reto, a clamídia pode causar dor retal, secreção e sangramento, mas também pode estar presente sem qualquer sintoma aparente. Os sintomas do homem incluem secreção no pênis, sensação de ardor ao urinar e ardência ou coceira em torno da abertura do pênis.

Exames e diagnóstico

O exame anual de clamídia pode ser recomendado para todas as mulheres sexualmente ativas com idade de 25 ou menos, para mulheres mais velhas que têm nova parceria sexual ou múltiplas parcerias e para todas as mulheres gestantes. Como a clamídia pode ser confundida com a gonorreia, é melhor fazer o exame para ambas. A presença de *Chlamydia trachomatis* pode ser confirmada por testes de laboratório feitos com uma amostra de material colhida do colo do útero ou da vagina ou através de exame de urina. Se você teve relações sexuais anais desprotegidas, é recomendado que se colha uma amostra do seu reto para o exame que detecta a infecção.

Tratamento

O principal tratamento é feito com antibióticos orais. Certifique-se de que sua parceria também seja tratada para evitar a reinfeção. É recomendado que se repita o exame três meses depois de ter sido diagnosticada com clamídia para detectar novas infecções potencialmente causadas por sexo com parcerias não diagnosticadas e não tratadas.

Complicações

A clamídia pode se espalhar para o útero ou para as trompas e causar doença inflamatória pélvica (DIP). Isso acontece com 10 a 15% das mulheres com clamídia não tratada. A DIP pode levar a abscessos internos, dor pélvica crônica de longa duração, danificar as trompas o suficiente para causar infertilidade, aumentar o risco de gravidez ectópica ou elevar as chances de infecção por HIV se você for exposta a esse vírus.

GONORREIA

A gonorreia é causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, que pode crescer e se multiplicar facilmente nas áreas quentes e úmidas do trato reprodutivo, incluindo o colo do útero, o útero e as trompas de Falópio. Pode, ainda, multiplicar-se na uretra (canal da urina) em homens e mulheres. Também é possível que a bactéria cresça na boca, na garganta, nos olhos e no ânus. A gonorreia é a segunda doença infecciosa mais frequentemente relatada, com mais de 301.000 casos reportados ao CDC americano em 2009, mas se estima que mais da metade de todas as novas infecções não sejam diagnosticadas.

A OMS estima que houve 87 milhões de casos de gonorreia¹⁵ em 2016.

Transmissão

A gonorreia é transmitida através do contato sexual com pênis, vagina, boca ou ânus.

Gravidez e parto

A gonorreia pode ser passada de uma mãe infectada para o feto durante o parto e causar cegueira, infecção articular ou uma infecção sanguínea potencialmente fatal. O tratamento da gonorreia, assim que é detectada em mulheres grávidas, reduz seu risco de transmissão durante o parto.

Possíveis sinais e sintomas

A maioria das mulheres que estão infectadas com gonorreia não têm sintomas perceptíveis. Se os sintomas aparecerem, podem incluir aumento do corrimento vaginal, sangramento vaginal entre as menstruações, dor ou ardência ao urinar. Uma vez que esses sintomas não são específicos, podem ser confundidos com os de uma infecção vaginal ou da bexiga. Os sintomas no homem podem incluir ardência ao urinar ou uma secreção branca, amarela ou verde vinda do pênis. Às vezes, homens com gonorreia ficam com testículos doloridos ou inchados. A infecção retal, tanto em homens como em mulheres, pode ocorrer sem sintomas ou incluir secreção, coceira anal, inflamação, sangramento ou movimentos peristálticos dolorosos. A infecção na garganta pode causar dor de garganta.

Exames e diagnóstico

Recomendam-se exames para todas as mulheres sexualmente ativas, incluindo as grávidas, para detectar a infecção por gonorreia, especialmente as que apresentam maior risco de infecção (isto é, se forem jovens ou tiverem outros fatores populacionais ou individuais de risco). Utiliza-se uma amostra de urina ou uma amostra retirada da vagina, do reto, da garganta ou da uretra para recolher bactérias que possam ser identificadas em laboratório para confirmação do diagnóstico de gonorreia.

Tratamento

Antibióticos podem curar a gonorreia com sucesso. No entanto, a resistência à medicação contra a gonorreia está aumentando em muitas áreas do mundo, o que dificulta o tratamento. Como muitas pessoas com gonorreia também têm clamídia, antibióticos para ambas as infecções são geralmente administrados em conjunto.

Complicações

Nas mulheres, a gonorreia é uma causa comum da doença inflamatória pélvica (DIP). Mais raramente, a gonorreia avançada pode propagar-se pelo sangue ou pelas

articulações. Os sintomas mais comuns são dor e inchaço nas articulações (geralmente nas mãos ou nos pés), mas a infecção pode se espalhar, causando lesões de pele e infecções no coração, nos ossos e no sistema nervoso (meninges). Em casos muito raros, pode ser fatal.

SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Depois de muito reduzidas nos Estados Unidos no século 20, as taxas de sífilis aumentaram. Em 2009, os casos relatados de sífilis cresceram 5% em comparação com o ano anterior e 39% desde 2006. Em geral, esse aumento abrange homens que têm relações sexuais com outros homens.

No Brasil, os números de casos de sífilis são preocupantes e a infecção precisa ser controlada, já que é considerada um importante problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, em 2019, foram registrados cerca de 152.915 casos de sífilis adquirida. A faixa etária com maior número de casos diagnosticados foi a de jovens com idades entre 20 e 29 anos (36,2%), seguidos por aqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (21,8%).¹⁶

Transmissão

A sífilis é transmitida através do contato direto com uma ferida causada pela bactéria. As feridas ocorrem principalmente nos órgãos genitais externos, na vagina, no ânus ou no reto, mas também podem surgir nos lábios e na boca. A transmissão do organismo, na maioria das vezes, ocorre durante sexo vaginal, anal ou oral não protegido. Métodos de bloqueio, como os preservativos peniano e vaginal e o *dental dam*, um tipo de barreira dentária, são ferramentas importantes para prevenir a propagação da infecção. No entanto, esses métodos não oferecem proteção contra feridas fora da área coberta pelo bloqueio. As feridas genitais decorrentes da sífilis são geralmente indolores e podem sangrar facilmente. Quando essas feridas entram em contato com as mucosas oral e retal durante a atividade sexual, a infecciosidade e a susceptibilidade ao HIV aumentam. Há um risco estimado de duas a cinco vezes maior de adquirir HIV se você se expuser ao vírus estando infectada com sífilis.

Gravidez e parto

Como a sífilis pode passar da gestante para o feto, o teste para essa infecção faz parte do protocolo do pré-natal. Se o tratamento para sífilis for administrado no início da gravidez, o feto provavelmente não será infectado, uma vez que essa infecção muitas vezes leva alguns meses para causar dano ao feto. Contudo, se o tratamento não for realizado em tempo oportuno, a infecção pode atingir o feto e trazer danos irreparáveis, como anomalias graves no nascimento ou óbito fetal. Por isso, fazer

testes durante a gravidez é muito importante. Crianças infectadas podem nascer sem sinais ou sintomas da doença e, se não forem tratadas imediatamente, podem ter seu desenvolvimento mental atrasado, sofrer convulsões ou até morrer.

Possíveis sinais e sintomas

A sífilis não tratada normalmente passa por diversos estágios. A sífilis primária geralmente se caracteriza por uma ferida indolor ou por lesões no local onde a bactéria entrou no corpo; as lesões se curam sozinhas, mas a sífilis permanece ativa se não for tratada. Os indivíduos com sífilis primária não tratada geralmente desenvolvem sífilis secundária no período de duas a oito semanas após o aparecimento da ferida original. Na sífilis secundária, as bactérias se espalham na corrente sanguínea. A sífilis secundária é muitas vezes caracterizada por uma erupção cutânea, que pode aparecer como manchas ásperas, vermelhas ou avermelhadas, sobretudo nas palmas das mãos e nas solas dos pés. A pessoa infectada também pode apresentar lesões nas mucosas, febre, inchaço dos gânglios linfáticos, dor de garganta, perda de cabelo irregular, dores de cabeça, perda de peso, dores musculares e fadiga. A infecção retal em homens e mulheres pode incluir secreção, coceira anal, inflamação, sangramentos ou movimentos intestinais dolorosos, mas também pode não ter sintomas óbvios. A infecção na garganta pode causar dor de garganta.

Exames e diagnóstico

A triagem é recomendada para todas as mulheres grávidas e para qualquer pessoa com maior risco de infecção por sífilis, incluindo profissionais do sexo, pessoas que fazem sexo em troca de drogas, pessoas com HIV, portadores de outras IST e aquelas que tiveram contato com alguém que tem sífilis ativa. A sífilis pode ser diagnosticada através de um exame físico, da identificação microscópica da bactéria e de exames de sangue (teste rápido ou laboratorial – não treponêmico). Um segundo teste é geralmente necessário para confirmar o diagnóstico.

Tratamento

A sífilis é fácil de curar nos seus estágios iniciais. Uma injeção de antibiótico normalmente cura uma pessoa que teve sífilis por menos de um ano. São necessárias doses adicionais para tratar alguém com sífilis há mais de um ano. Não se esqueça de se abster de contato sexual até que as feridas ou erupções cutâneas estejam completamente curadas ou até que um teste indique que você foi curada.

Complicações da sífilis não tratada

Sintomas da sífilis secundária se solucionam com ou sem tratamento, mas, sem tratamento, a infecção pode progredir silenciosamente, causando danos aos órgãos

internos do corpo, incluindo cérebro, nervos, olhos, coração, vasos sanguíneos, fígado, ossos e articulações. Isso ocorre em cerca de 15% dos casos. No estágio final, o dano pode ser suficientemente grave para causar paralisia, dormência, cegueira gradual, demência e morte.

TRICOMONÍASE

A tricomoníase é a IST curável mais comum em mulheres jovens e sexualmente ativas. Estima-se que 7,4 milhões de novos casos ocorrem todos os anos em mulheres e homens. Segundo informações do Boletim da Organização Mundial da Saúde, em 2016, foram notificados cerca de 156 milhões de casos de tricomoníase em homens e mulheres de 15 a 49 anos ao redor do mundo. No Brasil, estima-se que há 4,3 milhões de casos, e a prevalência varia de 10 a 35% de acordo com a população estudada.¹⁷

A tricomoníase é causada pelo parasita protozoário unicelular *Trichomonas vaginalis*, e, enquanto a vagina é o local de infecção mais comum nas mulheres (resultando em pequenas feridas abertas na parede vaginal), a uretra é o local de infecção mais comum nos homens.

Transmissão

O parasita é transmitido através de relações pênis-vagina ou do contato entre vulvas com uma parceria infectada.

Gravidez e parto

As mulheres grávidas com tricomoníase podem ter crianças prematuras ou abaixo do peso em decorrência de um possível efeito colateral do medicamento utilizado no tratamento; por isso, ele não é recomendado no primeiro trimestre da gestação. Em casos assintomáticos, a profissional de saúde deve sempre discutir todas as possibilidades com a gestante. Algumas recomendam esperar o tratamento até a gestação atingir as 37 semanas para reduzir o risco de parto prematuro, mas cada caso deve ser discutido individualmente. Além disso, claro, a parceria sexual também deve ser tratada.

Mulheres que amamentam podem realizar o tratamento com a medicação, mas devem ser acompanhadas por uma profissional de saúde. Embora o medicamento não esteja associado a efeitos adversos, o leite pode adquirir gosto metálico e prejudicar a aceitação da criança – por isso, o acompanhamento profissional é fundamental.

Possíveis sinais e sintomas

Os sintomas podem incluir um corrimento vaginal amarelo-esverdeado espumoso com um odor forte. A infecção também pode causar desconforto durante a relação sexual e ao urinar, bem como irritação e coceira na área genital. Em casos raros,

pode ocorrer dor pélvica. A maioria dos homens com tricomoníase não tem sintomas aparentes, mas alguns podem, temporariamente, sentir irritação dentro do pênis, leve secreção ou ligeira ardência ao urinar ou após ejacular – esses sintomas podem desaparecer dentro de algumas semanas sem tratamento. No entanto, um homem infectado, mesmo que nunca tenha tido sintomas ou cujos sintomas tenham parado, pode continuar a infectar outra pessoa até que tenha sido tratado com sucesso.

Exames e diagnóstico

A triagem da tricomoníase é recomendada para qualquer mulher com sintomas e como parte de uma vasta avaliação de IST. As mulheres em situação de vulnerabilidade, especialmente se não usarem preservativos, também devem fazer exames de triagem. O diagnóstico pode ser confirmado com a análise de uma amostra de corrimento vaginal ou com novos testes que usam detecção rápida de antígenos e teste de ácido nucleico.

Tratamento

A tricomoníase geralmente pode ser curada com a medicação prescrita, seja tinidazol, administrado por via oral em uma dose única, ou metronidazol, que não deve ser utilizado por mulheres grávidas no primeiro trimestre. Muitas mulheres que tomam metronidazol experimentam efeitos desagradáveis, como náuseas, dor de cabeça, diarreia, gosto metálico, dor nas articulações e dormência dos braços ou pernas.

Evite ingerir álcool enquanto estiver tomando metronidazol, uma vez que sua combinação com a medicação pode agravar os efeitos de ambos. Além disso, suas parcerias sexuais precisam ser tratadas antes de vocês retomarem as relações sexuais para que você não seja reinfectada.

Complicações da tricomoníase não tratada

A tricomoníase aumenta a susceptibilidade ao HIV e também pode aumentar a probabilidade de uma mulher infectada por esse vírus transmiti-lo para outras parcerias sexuais.

VAGINOSE BACTERIANA E FÚNGICA

As infecções vaginais também podem ser causadas por vaginose bacteriana (VB), potencialmente transmitida por via sexual, e por fungos, transmitidos sexualmente ou não.

IST VIRAIS: HERPES, HPV, HEPATITE B E HIV/AIDS

HERPES

O herpes é uma infecção muito comum causada pelo vírus herpes simplex tipo 1 (HSV-1) ou tipo 2 (HSV-2). O herpes genital pode ser causado por qualquer um dos dois vírus, enquanto o herpes oral (bolhas ou feridas em torno da boca e dos lábios) é quase sempre causado pelo HSV-1. Mulheres com herpes genital recorrente (mais de dois a três surtos por ano) geralmente têm uma infecção HSV-2, enquanto o herpes genital devido a surtos de HSV-1 é normalmente mais leve e menos frequente. Mais de 60 milhões de pessoas nos Estados Unidos têm herpes genital – cerca de 50 milhões com HSV-2 e 10 a 20 milhões com HSV-1.

A nível global, em 2016, estimou-se que 187 milhões de pessoas com idades entre 15 e 49 anos tiveram pelo menos um episódio de úlcera genital relacionada ao HSV. Além disso, cerca de 30% dos casos de novas infecções por HIV ocorreram em pessoas com HSV-2.

Mais de 80% das pessoas infectadas com HSV-2 não sabem que têm herpes genital porque não apresentam sintomas ou têm apenas sintomas leves, que passaram despercebidos ou são atribuídos a outras doenças genitais comuns, como vaginite, dor ao urinar ou hemorroidas.

Transmissão

O herpes se propaga pelo contato da boca, das genitálias ou da pele com bolhas de herpes desenvolvidas ou em desenvolvimento. A transmissão também é possível entre surtos, quando há propagação invisível ou assintomática no local da infecção. Tanto o HSV-1 quanto o HSV-2 são mais frequentemente disseminados por pessoas que são assintomáticas, o que significa que elas não apresentam qualquer sinal ou sintoma no momento da transmissão. Assim, você pode adquirir herpes ou transmiti-lo sem que você ou sua parceria saiba que a infecção existe. O risco de transmissão pode ser reduzido se a parceria com herpes tomar uma dose diária de medicação antiviral em um período contínuo, usar preservativos e, ao primeiro sinal de surto, abster-se de relações sexuais.

Quando o HSV-1 está presente em torno da boca, pode ser transmitido por secreções orais ou feridas e se espalhar através do beijo ou do compartilhamento de escovas de dentes, copos ou talheres. Se você tiver feridas nos lábios ou na boca, evite sexo oral. Não beije ninguém, especialmente bebês, crianças pequenas e mulheres grávidas. Se tocar nas feridas com os dedos, lave as mãos com sabão e água quente, especialmente antes de tocar nos olhos ou colocar lentes de contato. A infecção HSV-1 dos órgãos genitais geralmente é causada por contato oral-genital com uma pessoa que já tem essa infecção. Também pode ser causada pelo contato genital-genital, mas isso é menos comum do que o contato oral-genital.

Dando a notícia

Quando eu tinha 26 anos, contrái herpes de um homem adorável logo no nosso primeiro encontro. No início, tinha esperança de que a dor aguda na minha vulva, febre e calafrios fossem apenas sinais de uma séria infecção no trato urinário, mas uma visita ao meu ginecologista confirmou o contrário. Tinha HSV-1, mais conhecido como herpes oral, mas nos genitais. Por causa da popularidade do sexo oral, ter essa variedade do vírus estava se tornando tão comum quanto ter herpes genital nos órgãos genitais.

*Para ser honesta, eu fiquei inicialmente muito deprimida com o diagnóstico. Vasculhei o meu livro de saúde da Clínica Mayo e o [livro] *Our Bodies, Ourselves* [“Nossos corpos por nós mesmas”] durante dias imaginando o que o futuro me traria. Os livros meio que me assustaram, na verdade, porque (por uma boa razão) eles mencionam todas as possibilidades mais perigosas que podem vir com o herpes – por exemplo, ter muitos surtos a cada ano e precisar fazer uma cesárea no caso de engravidar. Se uma lesão infectasse o bebê durante o parto, ele ou ela poderia ficar cego. Também me senti presa na relação com o portador, embora realmente gostasse dele, porque tinha medo de contar a outros parceiros ou de ser rejeitada. Ao que parece, não tive mais surtos nos oito anos desde o diagnóstico e estou grávida de sete meses. Minha médica diz que a maioria das mulheres podem ter partos normais desde que não tenham uma recorrência ativa. Ela vai me prescrever uma medicação que suprime surtos (aciclovir) por volta do último mês da minha gravidez como precaução.*

Quanto a contar a parceiros, estive com três desde aquele cara que me deu o presentinho da minha vida. Dar a notícia é um pouco doloroso e uma pessoa ficou muito chateada ao ouvi-la, mas nunca estragou minha vida amorosa. Acabei tendo uma longa relação com o cara que ficou muito chateado, então ele eventualmente superou seus medos. O pior foi que uma vez transmiti para alguém. Eu não estava apresentando sintomas, mas devia estar liberando o vírus e costumava não usar preservativos quando uma relação ficava séria. Ele teve um surto grande, o inicial, mas nunca teve problemas desde então.

Uma coisa que me ajudou a lidar com uma IST foi perceber que eu fazia parte de um grande clube. Outra coisa que ajudou foi contar ao meu pai, que é médico na minha cidade natal, Fargo, no estado norte-americano de Dakota do Norte. A primeira coisa que ele disse foi: “não vai ser nada de mais. O herpes não é uma das condições médicas mais graves que você pode ter durante a vida”. Ele tinha razão.

Jennifer Baumgardner, que teve dois partos vaginais sem complicações

Geralmente, a infecção HSV-2 é contraída durante o contato peniano-vaginal ou peniano-oral ou por fricção genital com alguém que tem uma infecção genital do tipo HSV-2. É muito raro adquirir uma infecção oral com HSV-2 através de sexo oral com alguém que tem HSV-2 genital.

Se você e/ou sua parceria tiverem um surto de herpes genital, evite qualquer contato com feridas ativas ou locais onde as feridas tendem a ocorrer. Não tenha relações sexuais, mesmo com um preservativo, e espere até sete dias depois de as feridas sararem. O vírus pode se espalhar a partir de áreas não cobertas pelo preservativo e ser transportado através do suor ou de fluido vaginal para lugares que o preservativo não cobre.

Gravidez e parto

Informe a pessoa profissional de saúde que te acompanha se tiver episódios de herpes genital. Discuta sobre os prós e contras de tomar um medicamento antiviral diário durante um mês antes do parto, a fim de reduzir o risco de transmissão para o recém-nascido na hora de pari-lo. Mulheres grávidas que não têm herpes devem evitar sexo desprotegido com pessoas que tenham a doença. Pesquisas recentes sugerem que a transmissão de herpes oral para os órgãos genitais da mãe grávida, e depois para o feto, representa uma proporção crescente de casos de herpes em recém-nascidos. Mulheres cujo primeiro surto de herpes ocorre durante o parto têm maior risco de transmissão para o recém-nascido. Por isso, alguns médicos recomendam que as mulheres não pratiquem sexo oral na segunda metade da gravidez.

Se você tem sintomas precoces iniciais que alertam o início da doença, como formigamento, dor ou feridas ativas no momento do parto, recomenda-se fazer uma cesariana. Depois do parto, tome cuidado para não infectar a/o bebê: não toque em suas feridas genitais ou em suas feridas de herpes bucal e lave as suas mãos meticulosamente antes de tocar na criança.

Possíveis sinais e sintomas

A maioria das pessoas com herpes genital não apresentam sinais visíveis ou sintomas detectáveis. Aquelas com erupções no episódio inicial podem sentir dor na área das feridas, dor ao urinar, corrimento vaginal, gânglios inchados, febre e dor no corpo. Mulheres com erupções severas também podem sentir dificuldade para urinar. A erupção inicial geralmente é a mais dolorosa e a que mais demora para ser curada – pode ser necessário o uso de um medicamento prescrito por profissional de saúde para amenizar a gravidade da infecção.

Geralmente, outro episódio de herpes pode aparecer semanas ou meses depois do primeiro, mas é quase sempre mais curto e menos severo que o primeiro. Em 20% dos casos de herpes genital com sinais, suas manifestações geralmente aparecem como

uma ou mais bolhas nos genitais, no reto ou nas áreas próximas. As bolhas estouram deixando úlceras (feridas) que podem levar de duas a quatro semanas para serem curadas. Se você desconhece os sintomas de herpes, pode associar as feridas a outras coisas, como arranhões ou cortes do zíper. O herpes genital também pode causar outros sintomas não específicos, como coceira anal ou nos genitais e queimação ou dor ao urinar; assim, pode ser confundido com vaginite, com uma infecção do trato urinário ou com hemorroida.

Recorrências podem ser causadas por estresse, imunidade baixa, menstruação, sexo, alguns alimentos e queimaduras solares. Os episódios geralmente diminuem depois do primeiro ano, mas podem durar, em alguns casos, de cinco a dez anos ou até mais. Algumas pessoas com herpes genital crônica apresentam sinais de um episódio iminente: febre, mal-estar, coceira, dor, queimação ou pressão no local da infecção original. O período de incubação até que as bolhas surjam pode ser de até dois dias.

Vivendo com herpes genital

O herpes é uma doença inconveniente e dolorosa, mas você pode aprender a conviver com ela. Descobrir que se tem herpes pode ser assustador: você pode se sentir sozinha e com raiva, especialmente da pessoa que acredita ter te infectado, além de ansiosa sobre começar ou continuar relacionamentos a longo prazo ou sobre ter filhos.

No primeiro episódio de herpes, me senti distante do meu corpo. Quando voltamos a fazer amor, foi difícil ter orgasmos ou confiar no ritmo das minhas respostas. Derramei algumas lágrimas por causa disso. Senti que o meu corpo tinha sido invadido.

A maioria das pessoas descobre que, com o tempo, é possível se ajustar e lidar com aspectos emocionais do herpes. É importante aprender os fatos sobre o vírus e buscar apoio quando necessário.

Contraí HSV-1 aos 23 anos. Fiquei com raiva quando descobri que tinha sido infectada pelo meu namorado, que estava com uma afta quando fez sexo oral em mim. Por que ele não sabia que podia ser transmitido pelo sexo oral? Por que eu não sabia? Então, fiquei preocupada por achar que deveria continuar no relacionamento, mesmo sem ter certeza de que era aquilo que eu queria. Quando terminamos um ano depois, foi difícil contar – ou saber quando contar – sobre a doença para as pessoas com quem me relacionei. Agora sou casada e, mesmo que me preocupe com infectá-lo, ele nunca se estressou com isso, o que me ajuda a relaxar.

Pode ser mais fácil lidar com o herpes quando você pode falar sobre a doença abertamente e dizer às pessoas próximas quando não está bem. Identificar o que desencadeia as erupções e reduzir o estresse, se possível, pode levar a menos surtos.

Exames e diagnóstico

Embora adolescentes e adultos assintomáticos não sejam regularmente submetidos a exames para os anticorpos do herpes, o CDC americano recomenda que os provedores de plano de saúde incluam o anticorpo HSV-2 como parte de exames abrangentes para IST. No Brasil, o diagnóstico e o tratamento do herpes são oferecidos de forma gratuita na rede pública de saúde, nos hospitais e UBS que fazem parte do SUS. Se você tiver lesões, a pessoa profissional de saúde será capaz de diagnosticar o herpes genital por observação durante exame clínico, mas o diagnóstico é confirmado através de testes laboratoriais. Pode ser útil saber o tipo de herpes que você tem, já que recorrências e transmissão do vírus na ausência de sintomas são menos frequentes para a infecção genital HSV-1.

Tratamento

Não há tratamento que cure o herpes, e a infecção pode permanecer no corpo da pessoa durante toda a sua vida. É possível tomar medicamentos antivirais para tratar erupções individuais, apesar de o medicamento não ser tão eficaz nas recorrências como o é na infecção inicial. Se as erupções são frequentes, existem opções, como tomar uma dose baixa de antivirais diariamente para ajudar a reduzir a frequência e a duração das recorrências. Isso se chama terapia supressiva, e seu uso diário pode reduzir as chances de infectar outras pessoas, transmitir herpes para a criança durante o parto e sentir angústia psicológica associada às erupções de herpes.

Protocolos de medicamentos sempre devem ser recomendados por uma pessoa profissional de saúde. Durante um episódio, evite o uso de cremes e pomadas vendidos sem prescrição médica, pois eles podem interferir na sua recuperação. Mantenha a área limpa e o mais seca possível e use roupas confortáveis e soltas, que permitam a ventilação da área – evite roupas íntimas de materiais sintéticos. Algumas pessoas recomendam um suplemento de aminoácidos (L-Lisina), já que certos estudos sugerem que podem reduzir a frequência das recorrências e o tempo de recuperação, mas não há um consenso sobre o tema.

Complicações

O herpes genital pode causar feridas recorrentes e dolorosas, e a infecção pode ser muito severa em pessoas com o sistema imunológico debilitado. O herpes genital frequentemente causa sofrimento psicológico às pessoas infectadas, independentemente da gravidade dos sintomas. A infecção HSV-2 aumenta o risco de infecção pelo

HIV em pelo menos duas vezes. Isso provavelmente acontece porque até ulcerações microscópicas podem ser uma porta de entrada para o HIV. A resposta imunitária ao HSV-2 também pode fazer com que as pessoas infectadas pelo HIV tenham um aumento da frequência das reativações do HSV-2.

HPV (PAPILOMAVÍRUS HUMANO) – INCLUINDO VERRUGAS GENITAIS

O papilomavírus humano (HPV) é a IST mais comum nos Estados Unidos. O CDC estima que mais de 50% das mulheres serão infectadas em algum momento de suas vidas, embora a maioria nunca o descubra. Além disso, estima-se que 20 milhões de pessoas, entre homens e mulheres, terão uma infecção ativa por HPV a qualquer momento e que surgem seis milhões de novos casos por ano.

No Brasil, uma pesquisa¹⁸ verificou que a prevalência do HPV – e seus diferentes tipos – é de 53,6% na população que participou do estudo, que tinha entre 16 e 25 anos de idade. A prevalência de HPV geral na população feminina pesquisada foi de 54,6% e, na masculina, de 51,8%.

Há mais de 100 tipos de HPV e cerca de 30 podem ser transmitidos sexualmente. A maioria das pessoas que têm HPV não desenvolvem quaisquer sintomas ou problemas de saúde por causa desse vírus. A infecção por HPV frequentemente desaparece sem nenhum tratamento dentro de dois anos, porque o sistema imunológico consegue eliminar a infecção sozinho. No entanto, mesmo sendo eliminada sozinha, enquanto a infecção existe, pode causar verrugas genitais e exames de Papanicolau anormais.

É preciso destacar que algumas infecções por HPV persistem por muitos anos. Alguns tipos de HPV causam o surgimento de verrugas em torno das áreas genital e anal. Essas verrugas genitais, tecnicamente chamadas condilomas, são mais frequentes nos tipos HPV-6 e HPV-11.

Além disso, o HPV está envolvido na maioria dos casos de câncer cervical (colo de útero), mas também pode estar presente em casos de câncer de ânus, vulva, vagina e pênis; observou-se HPV também em casos de câncer de orofaringe, de laringe e de boca.¹⁹

Dois tipos de HPV em particular – os tipos 16 e 18 – causam, juntos, cerca de 70% dos casos de câncer de colo do útero. Há cerca de 12 mil casos de câncer de colo do útero diagnosticados anualmente nos Estados Unidos e mais de quatro mil mortes. No Brasil, em 2018, ocorreram 6.526 óbitos por essa neoplasia, o que representa uma taxa ajustada de mortalidade por esse câncer de 6,10/100 mil mulheres.²⁰ Atualmente, existem duas vacinas capazes de prevenir a infecção de tipos específicos de HPV (para mais informações, ler a seção “Vacinação para prevenção de HPV e hepatite B”).

Transmissão

O HPV é transmitido através do contato direto com a pele (na maioria das vezes, dos genitais), não pela troca de fluidos corporais. Uma barreira protetora, como camisinhas, pode reduzir o risco de infecção, mas o HPV pode ser transmitido pelo contato com a pele em locais não cobertos pelo preservativo. Mesmo depois da remoção das verrugas, é possível que o vírus se espalhe da área originalmente infectada. Isso significa que a infecção pode ser transmitida sem que as pessoas envolvidas na relação sexual saibam que têm o vírus. O HPV pode ser contraído de uma pessoa, permanecer adormecido e, depois, ser transmitido, sem que se tenha conhecimento, para outra parceria sexual. As pessoas não sabem que foram infectadas com HPV a não ser que tenham verrugas ou um resultado anormal no Papanicolau.

Possíveis sinais e sintomas

As verrugas podem aparecer dentro de várias semanas após o contato sexual com uma pessoa infectada pelo HPV, podem levar meses ou até anos para surgir ou podem nunca aparecer. Verrugas genitais podem causar coceira, irritação e sangramento. Em volta do ânus, onde geralmente são descobertas pelo toque, e não pela observação, as verrugas podem ser confundidas com hemorroidas. Algumas infecções por HPV causam crescimentos anormais na área genital ou no colo do útero. No entanto, o colo do útero infectado pelo HPV geralmente não apresenta sintomas.

Gravidez e parto

Verrugas genitais podem surgir durante a gravidez ou em mulheres com sistema imunológico debilitado. O tratamento deve ser criterioso e acompanhado pela pessoa profissional de saúde, pois alguns medicamentos são contraindicados para gestantes. As verrugas podem apresentar um crescimento rápido e aspecto volumoso (podem parecer couves-flores). Embora isso raramente ocorra, durante a gravidez, elas podem tornar a parede vaginal menos elástica, dificultando o parto. Contudo, não há indicação de cesárea simplesmente pelo diagnóstico de HPV – a indicação clínica, em função desse vírus, seria por obstrução do canal de parto ou sangramento (ocorrências excepcionais).²¹

Exames e diagnóstico

É possível diagnosticar verrugas genitais através de exame clínico e observação visual. Às vezes, marcas e sinais na pele podem parecer verrugas. Embora não seja comum, pode ser necessário uma biópsia da área para determinar a presença de verrugas. A forma mais comum de identificar se você tem um dos dois tipos de HPV associados ao câncer é o exame Papanicolau, no qual uma pequena amostra de células do colo do útero é retirada e analisada em relação a sinais de anomalia celular. O

Papanicolau detecta mudanças celulares que podem precisar de monitoramento com exames frequentes ou, em alguns casos, tratamento.

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde,²² o exame deve ser feito, preferencialmente, em mulheres entre 25 e 64 anos que têm ou já tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame passará a ser feito a cada três anos, exceto nas mulheres que vivem com HIV, nas quais deve ser realizado anualmente, mesmo com resultados normais.

Os resultados dos exames podem demorar semanas. Se você foi infectada com HPV, lembre-se de que isso não significa que terá câncer.

Tratamento das verrugas

As verrugas genitais podem ser tratadas de diferentes formas. Profissionais de saúde usam ácidos leves (ácido tricloroacético), congelamento (crioterapia), queimaduras com correntes elétricas (eletrocauterização) ou *lasers*. Há tipos de tratamento para verrugas genitais que podem ser feitos em casa; esses tratamentos geralmente requerem aplicações repetidas no período de algumas semanas a alguns meses. Em certos casos, as verrugas retornam, então você pode precisar repetir o tratamento. Fale com uma profissional de saúde para decidir qual é o melhor tratamento para você.

Complicações

Quase sempre os tipos de vírus que causam verrugas genitais são diferentes daqueles que causam câncer. As verrugas genitais raramente são perigosas, mas podem ser incômodas e causar desconforto para você e, também, para suas parcerias sexuais – algumas mulheres relatam desconforto no local da infecção, durante o sexo, mesmo após a remoção das verrugas. Contudo, alguns tipos de HPV, como o 16 e o 18, juntos, são responsáveis pela maioria dos casos de câncer de colo do útero, afetando cerca de 16 mil mulheres por ano no Brasil.¹³ O HPV também pode causar câncer vulvar, vaginal, anal, peniano e de garganta.

HEPATITE B

A hepatite B é uma infecção viral que afeta o fígado. Sua gravidade pode variar de leve, quando dura semanas, a grave, quando permanece ao longo da vida toda. Em 1990, a vacinação rotineira de crianças contra hepatite B foi implementada e diminuiu bastante os índices da doença nos Estados Unidos, principalmente entre crianças. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que cerca de 0,52% da população viva com infecção crônica pela hepatite B, o que corresponde a aproximadamente 1,1 milhão de pessoas. Entre as mulheres, para os casos acumulados de 1999 a 2019, 52,9% se concentra entre a faixa etária de 20 a 39 anos.²⁴

A hepatite B pode ser aguda ou crônica. A infecção aguda causada pelo vírus da hepatite B é uma doença de curta duração que ocorre nos primeiros seis meses após a exposição ao vírus. A maioria dos adultos elimina a infecção sozinhos, mas 10% das pessoas infectadas se tornam portadoras do vírus e desenvolvem problemas de saúde ao longo da vida, sérios danos hepáticos e câncer no fígado. Desde 1999, foram notificados 247.890 casos de hepatite B no Brasil.

A melhor forma de prevenir essa doença é tomando a vacina.

Transmissão

O vírus da hepatite B é de 50 a 100 vezes mais infeccioso que o HIV. Geralmente é transmitido pelo contato sexual através da troca de fluídos corporais, como sangue e sêmen. A atividade sexual é uma das principais vias de transmissão dos casos da hepatite B, mas a infecção pode ocorrer entre usuários de drogas que compartilham agulhas, seringas e outros equipamentos para drogas injetáveis. As pessoas também podem ser infectadas ao entrar em contato direto com sangue ou feridas abertas de pessoas infectadas, ao compartilhar lâminas ou escovas de dente ou através do contato com sangue de agulhas ou outros equipamentos usados para tatuagens e *piercings*. Muitas pessoas com infecção crônica pelo vírus da hepatite B não sabem que estão infectadas, uma vez que elas não se sentem ou parecem doentes. No entanto, ainda podem espalhar o vírus e correm o risco de apresentar graves problemas de saúde.

Gravidez e parto

A hepatite B pode ser transmitida da mãe para o feto durante a gravidez e o parto. A maioria das crianças recém-nascidas infectadas com o vírus da hepatite B não apresentam sintomas agudos imediatamente, mas têm até 90% de chance de desenvolver hepatite B crônica. Isso pode levar a sérios problemas de saúde, como danos hepáticos, câncer de fígado e até morte. A transmissão pode ser prevenida através da realização de exames para detectar hepatite B em mulheres grávidas, imunização da criança após o nascimento ou imunização contínua para aquelas pessoas que não foram vacinadas ao nascer.

Possíveis sinais e sintomas

Frequentemente, as pessoas com hepatite B não apresentam sintomas, que incluem perda de apetite, fraqueza, dores musculares, dor de cabeça, febre, urina escura e amarelamento na parte branca dos olhos.

Exames e diagnóstico

Mulheres grávidas devem ser examinadas na sua primeira visita pré-natal. Fale com a pessoa profissional de saúde sobre exames para diagnosticar a infecção se você

vive com uma pessoa que tem hepatite B, se teve relações sexuais com alguém que tem hepatite B, se vive com HIV ou se usa drogas injetáveis. Exames de sangue são usados para diagnosticar a infecção e para determinar se você tem anticorpos para hepatite B. Se você tem hepatite B crônica, as pessoas que moram com você e suas parcerias sexuais devem ser imunizadas.

Tratamento

Se sua hepatite B é aguda, isso significa que é de curta duração e é possível que desapareça sozinha. O acompanhamento feito por profissional de saúde tem como objetivo reduzir quaisquer sintomas que você possa sentir enquanto o seu corpo combate a infecção. Exames de sangue pedidos posteriormente servem para garantir que o vírus deixou o seu corpo. Se você foi diagnosticada com infecção crônica por hepatite B, pode precisar de um medicamento antiviral e acompanhamento especializado, e o transplante de fígado pode ser uma alternativa em casos graves.

Complicações

A hepatite B crônica é uma doença séria que pode gerar problemas de saúde a longo prazo, como lesões hepáticas, insuficiência renal, câncer de fígado e até morte. Pessoas com hepatite B não tratada podem se tornar doentes crônicos e transmitir a infecção para outras pessoas.

HIV/AIDS

O HIV, vírus da imunodeficiência humana, pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida, também conhecida como Aids. Esse vírus danifica o corpo, destruindo células sanguíneas específicas, as chamadas T CD4+, que são cruciais para ajudar o corpo a combater doenças. Nos Estados Unidos, mulheres e meninas adolescentes contabilizam 27% das novas infecções por HIV anualmente – em 1985, representavam 7%. Isso significa que 278 mil mulheres e meninas adolescentes vivem com o vírus.

No Brasil, até junho de 2020, foram notificados no Sinan um total de 237.551 (69,4%) casos em homens e 104.824 (30,6%) casos em mulheres. Assim como nos Estados Unidos, mulheres e meninas pretas e pardas são mais afetadas do que mulheres brancas: 36,6% entre brancas e 54,3% entre negras (12,9% pretas e 41,4% pardas).²⁵

Segundo o Ministério da Saúde, em 2018, estimou-se que, no Brasil, havia cerca de 900 mil pessoas vivendo com o HIV, das quais 766 mil estavam diagnosticadas e 731 mil haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde para cuidados de tratamento. Em 2019, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de Aids.

Transmissão

A transmissão do HIV pode ocorrer de duas maneiras: quando a pessoa entra em contato com fluido corporal infectado ou quando o vírus é passado da mãe para o feto durante a gestação ou no aleitamento – a chamada transmissão vertical. Em ambas as formas, o vírus deve estar presente em quantidade suficiente.

Os fluidos corporais que podem transportar o vírus em quantidade suficiente para infectar uma pessoa são: sangue, líquido pré-ejaculação (pré-esperma), sêmen, fluido vaginal e leite materno. Saliva, lágrimas, suor, urina, fezes e vômito (a menos que misturados com sangue) não contêm, normalmente, vírus suficiente para infectar uma pessoa. Para que a transmissão ocorra, o vírus – em quantidade suficiente – precisa ter acesso à corrente sanguínea. Dessa forma, o HIV pode entrar no corpo através das mucosas que revestem a vagina e o reto ou diretamente pelo sangue por meio de drogas intravenosas compartilhadas ou agulhas de tatuagem. Também é possível se infectar através da pele por um corte aberto, ferida ou arranhão, pelas mucosas dos olhos e nariz e pela abertura do pênis. Sexo oral, *rimming* (estimulação do ânus com a língua), *fisting* (prática da penetração da mão ou do braço na vagina ou no ânus), masturbação com os dedos e beijo de língua são consideradas atividades de baixo risco para a transmissão do HIV se não houver sangue.

O vírus pode entrar mais facilmente no corpo através das mucosas se houver pequenos cortes, inflamações ou feridas abertas causadas por outra IST ou infecção vaginal. Portanto, o risco de ser infectada pelo HIV ou de infectar alguém é maior se você ou a outra pessoa tiver uma IST, vaginite ou vaginose bacteriana (condição em que há um desequilíbrio das bactérias vaginais) sem tratamento.

Desde 2017, existe consenso entre cientistas e pesquisadores de que o risco de transmissão do HIV por via sexual é inexistente a partir de uma pessoa com HIV que esteja em terapia antirretroviral há mais de seis meses e com a carga viral indetectável. Ou seja, se a pessoa com HIV realiza o tratamento e está com carga viral indetectável, o vírus não é transmitido por via sexual.²⁶ Porém, para algumas pessoas pode ser difícil aderir ao tratamento em função de diversos fatores e, em decorrência disso, não há segurança em relação à carga viral; portanto, quando o *status* de sorologia para HIV for desconhecido, práticas sexuais mais seguras, principalmente através do uso do preservativo, continuam sendo indicadas para a prevenção do HIV.

Ter práticas sexuais mais seguras é importante até quando as duas pessoas vivem com HIV (soroconcordantes); nesse caso, sexo sem preservativo pode levar a mistura ou troca de estirpes virais e, assim, uma pessoa pode passar vírus mais resistentes para a outra.²⁷ Além disso, a proteção contra outras IST também é importante. Métodos de barreira como camisinhas e barreiras dentais são recomendados, conforme apropriado, para toda relação sexual.

O HIV também pode ser transmitido pelo compartilhamento de agulhas de drogas com uma pessoa infectada. Nesse caso, se possível, prefira utilizar material descartável e não compartilhe agulhas ou seringas. Se você está pensando em fazer uma tatuagem ou *piercing*, verifique se o estabelecimento segue todos os protocolos de esterilização dos equipamentos utilizados entre cada cliente.

Gravidez e parto

O HIV pode passar da mãe para o feto (transmissão vertical) durante a gravidez e durante o parto. Se você quer engravidar e pode ter sido infectada com HIV, faça o exame antes de ficar grávida. Quando os primeiros casos de HIV apareceram, as mulheres não eram encorajadas a engravidar devido ao risco de 30% de transmissão para o feto antes ou durante o parto e à probabilidade de a criança ficar sem a mãe em um futuro próximo em função das altas taxas de mortalidade. Felizmente, a situação não é mais essa. Muitos fatores contribuíram para a redução da taxa de transmissão da mãe para o feto, como testes iniciais, testes rápidos durante o parto, medicação antirretroviral eficaz e cesáreas para mulheres com cargas virais altas. No Brasil, o teste rápido de HIV faz parte do protocolo básico de exames na consulta de pré-natal e na internação em maternidade. Em dez anos, o país já registrou uma queda de 42% na taxa de transmissão vertical. Os dados mais recentes, de 2017, indicam 2 casos para cada 100 mil habitantes.²⁸

Como o HIV também pode ser transmitido através do leite materno, o CDC americano recomenda que mulheres com HIV não amamentem caso morem em áreas em que haja fórmula infantil prontamente disponível e que possa ser preparada com segurança. Em áreas em que há acesso limitado a água limpa e fórmula infantil, alguns especialistas acreditam que os benefícios da amamentação exclusiva superam os riscos da transmissão de HIV. Pesquisadores estão investigando se certos tipos de tratamentos antirretrovirais podem prevenir a transmissão em casos nos quais a amamentação é necessária. No Brasil, crianças filhas de mulheres com HIV têm o direito de receber fórmula infantil até pelo menos seis meses de idade.

Pessoas vivendo com HIV podem escolher ter filhas ou filhos e suas opções variam de acordo com suas situações de saúde. Casais sorodiscordantes são aqueles em que uma pessoa vive com HIV e a outra não, enquanto casais soroconcordantes são aqueles em que ambas vivem com HIV. O primeiro passo para pessoas que desejam ter filhas ou filhos deve ser buscar aconselhamento com profissionais de saúde especializadas no atendimento de IST. O acompanhamento e o aconselhamento com essas pessoas são fundamentais para evitar a transmissão vertical, mas também a transmissão sexual, horizontal e um possível agravamento da imunodeficiência.

Novos métodos de prevenção do HIV

Cientistas e pesquisadoras do mundo inteiro buscam novos métodos de prevenção, tratamento e cura para a doença relacionada ao HIV com os objetivos de melhorar as tecnologias já disponíveis e de desenvolver vacinas e outros tratamentos. Diversos centros de pesquisa estão envolvidos em diferentes estudos para investigar a segurança e a eficácia de certos medicamentos para HIV que poderiam ser tomados diariamente por pessoas que têm alto risco de serem infectadas, de modo que possam diminuir suas chances de infecção. Um dos procedimentos de prevenção é a Profilaxia Pré-Exposição, conhecida como PrEP. Uma pesquisa revolucionária publicada no final de 2010 descobriu que a PrEP foi eficaz em um grupo de 2.500 homens gays que tomaram uma combinação de Emtricitabina/Tenofovir diariamente. No estudo, aqueles que tomaram o remédio regularmente tinham níveis muito mais elevados de proteção quando comparados ao grupo controle (que tomava placebo).

No Brasil, esse tipo de terapia preventiva é disponibilizado pelo SUS desde 2018 e corresponde a um tratamento diário que impede que o HIV infecte o organismo. Consiste no uso de antirretrovirais por pessoas soronegativas e só tem efeito se tomado diariamente para manter os níveis do medicamento no sangue adequados, pois apenas assim consegue “bloquear” a ação do vírus. O medicamento começa a fazer efeito no período de sete a 20 dias após o início do tratamento. Essa estratégia tem se mostrado bastante eficaz, principalmente para pessoas com maior risco de exposição ao vírus.

Segundo o Ministério da Saúde, a PrEP está disponível no SUS, mas não é acessível para todas as pessoas – é indicada para quem tem maior chance de entrar em contato com o HIV. Você deve considerar usar a PrEP se fizer parte de alguma população em situação de maior vulnerabilidade em relação às práticas sexuais desprotegidas. Algumas situações podem indicar a possibilidade de uso da PrEP, como: deixar de usar camisinha frequentemente em suas relações sexuais (anais ou vaginais); ter relações sexuais, sem camisinha, com alguém que tem HIV e que não esteja em tratamento; fazer uso repetido de PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV); apresentar episódios frequentes de IST.

Apesar de sabermos, hoje em dia, que pessoas com carga viral indetectável para HIV não transmitem o vírus por via sexual, a parceria sexual pode considerar o uso da PrEP como uma forma complementar de prevenção. O seguimento médico é necessário para as pessoas que fazem uso dessa profilaxia, inclusive com assistência médica periódica e realização de exames e testes de acompanhamento.

Além disso, a PrEP pode ajudar as mulheres em lugares ou situações nas quais o uso de camisinha não estiver disponível ou não for uma opção, já que é um método de prevenção que elas mesmas podem controlar. Ainda há, no entanto, uma necessidade urgente de outras técnicas de prevenção que possam ser controladas por mulheres,

com ou sem o consentimento de suas parcerias sexuais. Microbicidas – substâncias que, quando inseridas na vagina ou no reto, podem reduzir consideravelmente o risco de infecção e de transmissão de IST, incluindo o HIV – estão sendo desenvolvidas explicitamente para isso, mas ainda não há microbicidas efetivos no mercado.

PrEP: Profilaxia Pré-Exposição

Para mais informações sobre a PrEP, acesse o site do Ministério da Saúde: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep>

Possíveis sinais e sintomas

Pessoas com HIV geralmente apresentam sintomas similares aos da gripe no período de quatro a seis semanas depois de serem infectadas. Essa doença, reconhecida como infecção HIV aguda, corresponde à soroconversão do anticorpo do HIV, que passa de negativo para positivo. Os sintomas que ocorrem nesse momento podem incluir febre, glândulas inchadas, erupção cutânea, garganta inflamada, dor muscular, fadiga, surtos de herpes-zóster ou meningite asséptica. Os sintomas são frequentemente confundidos com um resfriado forte ou gripe. Depois da soroconversão, a maioria das pessoas se sentem completamente saudáveis e podem não ter mais sintomas de HIV por anos. No entanto, durante esse período, sem o tratamento adequado, o vírus pode ser transmitido através de práticas sexuais não seguras e pelo compartilhamento de agulhas.

Exames e diagnóstico

A recomendação geral do Ministério da Saúde é que toda pessoa com vida sexual ativa (adultos, adolescentes e mulheres grávidas) faça voluntariamente o teste de HIV como prática médica habitual em todas as situações de cuidados de saúde, como os exames feitos para outras condições tratáveis. As orientações indicam que exames de sangue devem ser repetidos pelo menos anualmente em todos os que têm maiores chances de contrair o HIV. Entre essas pessoas estão usuárias de drogas injetáveis e suas parcerias sexuais, profissionais do sexo, parcerias sexuais de pessoas com HIV e pessoas que tiveram, ou cujas parcerias tiveram, relações sexuais com mais de uma pessoa desde o último teste de HIV.

Se você está começando um novo relacionamento, é uma boa ideia que você e sua parceria sexual se testem antes de fazer sexo. Se você ou sua parceria tem relações sexuais com diversas pessoas (ou você tem motivo para acreditar que isso acontece), considere fazer o teste de HIV anualmente. Se você está grávida, o teste deve fazer parte dos exames pré-natais.

Veja, a seguir, “Testes de HIV” para mais informações sobre onde e quando fazer o teste. Grupos de apoio e outras orientações estão disponíveis em locais de teste e podem ajudá-la com as decisões sobre o exame.

Evolução da doença relacionada ao HIV

O HIV ataca as células T (linfócitos CD4), que são essenciais para um sistema imunológico saudável. Se não há tratamento, o sistema imunológico começa a entrar em colapso. Se o nível de células T chegar a menos de 200/mm, os sintomas da Aids começam a aparecer, incluindo perda de peso, cansaço, gânglios inchados (nódulos no pescoço, axilas ou virilha), erupções cutâneas, sudorese noturna, febre, candidíase oral (infecção-oral por fungos), dores de cabeça, diarreia e perda de apetite.

Infecções oportunistas ocorrem frequentemente quando o sistema imunológico está muito afetado pelo HIV. Exemplos de infecção são pneumonia por *Pneumocystis* (PCP), sarcoma de Kaposi (vírus causador de câncer), citomegalovírus, candidíase esofágica e linfoma. Mulheres com HIV geralmente têm complicações específicas, como infecções vaginais por fungo recorrentes, doença inflamatória pélvica, herpes genital recorrente ou disseminada e infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Essas doenças podem significar que a infecção pelo HIV evoluiu para Aids.

Tratamento

Terapias antirretrovirais permitem que pessoas vivam com HIV por anos, possivelmente com uma expectativa de vida normal. O objetivo do tratamento é reduzir o HIV no sangue para níveis indetectáveis. Atingir esse objetivo permite que os níveis de células T subam de volta aos níveis adequados, o que possibilita que o corpo resista a infecções oportunistas. O tratamento costumava ser com várias pílulas em diversas doses, mas agora pode ser tão simples quanto um comprimido por dia. A crescente eficácia do tratamento de HIV tem reduzido consideravelmente o número de mortes e aumentado a qualidade de vida das pessoas infectadas. Atualmente, viver com HIV requer cuidados necessários de medicação e tratamentos adequados, além de outros cuidados crônicos. Pessoas com carga viral indetectável, que fazem o tratamento adequadamente, sem esquecer doses, têm poucas chances de transmitir HIV e conseguem ter qualidade de vida.

No entanto, é preciso destacar que o tratamento pode ser desafiador: enquanto algumas pessoas sentem efeitos colaterais no início, como náusea e diarreia, outras sentem efeitos duradouros, como fadiga, perda óssea e redistribuição de gordura. Alguns medicamentos foram associados a diabetes e câncer de fígado, e outros podem interferir com tratamentos de outras doenças. É importante certificar-se de que seu medicamento para HIV é compatível com outros remédios que você toma, incluindo anticoncepcionais. Relate à pessoa profissional de saúde todos os

medicamentos que você toma para garantir que o medicamento certo, nas doses certas, seja receitado.

Fazer o tratamento como prescrito é crucial e, por isso, é importante encontrar um medicamento que você consiga tomar bem. O HIV sofre mutações e se torna resistente aos antivirais se muitas doses forem puladas ou esquecidas. Se você não tomar sempre os remédios, pode desenvolver estirpes do HIV que resistem aos remédios e, conseqüentemente, pode não ser capaz de usar os remédios mais tarde no desenvolvimento da doença.

No passado, nem toda pessoa com HIV precisava tomar remédio; a decisão era influenciada por fatores como carga viral e contagem de CD4. Orientações atuais do Ministério da Saúde do Brasil, desde 2013/2014, recomendam terapia antirretroviral universal, isto é, todas as pessoas com HIV devem iniciar o tratamento, que é oferecido de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Fale com sua profissional de saúde, que pode ajudá-la a decidir; todas as pessoas devem ter acesso ao tratamento, independentemente de gênero, raça ou etnia, status socioeconômico, educacional e habitacional ou uso de drogas.

Para complementar o tratamento antirretroviral, que é altamente efetivo, algumas pessoas com HIV usam acupuntura, ervas chinesas, meditação, *yoga*, massagem e outras abordagens holísticas. Algumas pessoas acreditam que práticas terapêuticas podem ajudar a reduzir os efeitos colaterais da medicação e a lidar com o estresse da doença. Convém lembrar que os tratamentos para pessoas com HIV estão em constante evolução, oferecendo cada vez mais qualidade de vida, mas ainda não há cura para a infecção e para a síndrome da imunodeficiência adquirida.²⁹

Ensaios clínicos

Uma forma de se beneficiar das pesquisas mais recentes e receber tratamento gratuito é participar de ensaios clínicos, que são o último estágio dos testes de segurança, eficácia e dosagem apropriada de um medicamento. Esses ensaios envolvem riscos, mas algumas pessoas se sentem mais confortáveis em tomar um remédio novo que pode ajudá-las do que em sofrer sem ele, especialmente se o seu vírus for resistente aos tratamentos aprovados.

Testes de HIV

Em 2018, o Brasil tinha cerca de 900 mil pessoas vivendo com HIV; dessas, 766 mil tinham a confirmação diagnóstica e 731 mil haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde para cuidados e tratamento.

Saber o seu status de HIV e o da sua parceria sexual é essencial. Embora possa ser assustador fazer o exame, quanto antes você for diagnosticada, mais cedo você saberá se precisa de tratamento e poderá agir para prevenir a transmissão do vírus.³⁰

Como faço o teste?

Os testes estão disponíveis em muitos hospitais, clínicas e consultórios médicos. Em geral, UBS têm muita experiência com testes de HIV, tratamento e oferecem aconselhamento. Seus resultados serão confidenciais, ou seja, sua privacidade é protegida e somente a profissional de saúde que te acompanhou saberá dos seus resultados e poderá dar seguimento aos próximos passos rapidamente. Os resultados confidenciais farão parte do seu registro médico e o sigilo das suas informações é garantido por lei.

Qual tipo de teste de HIV devo fazer?

- **Teste convencional de anticorpos do HIV** – esse é o teste mais comum e envolve a retirada de sangue para o teste padrão de imunoenensaio enzimático (IEE). Seus resultados geralmente demoram uma semana. A confirmação do resultado (*western blot*) é sempre feita com a mesma amostra, e o resultado positivo não é relatado até que se saiba o resultado do *western blot*. Resultados negativos são considerados precisos e definitivos, a menos que a pessoa esteja na janela imunológica, período de quatro a seis semanas entre a infecção por HIV e a produção suficiente de anticorpos para detecção por exames laboratoriais. Nesse caso, o teste deve ser repetido três meses depois da exposição.
- **Testes rápidos** – detectam anticorpos do HIV e seus resultados podem estar disponíveis em menos de 30 minutos. Eles são especialmente úteis em cenários em que resultados imediatos são importantes, como em presídios (onde presos vêm e vão rapidamente), maternidades (para prevenir a transmissão da mãe para o feto), durante abordagens ou em situações em que a pessoa não volta para buscar o resultado, como salas de emergências e ambulatórios de IST. A menos que você esteja na janela imunológica, o resultado negativo é 99% preciso. O resultado positivo do teste rápido é preliminar, e testes adicionais confirmatórios são necessários para o diagnóstico do HIV. Unidades de saúde em todo o país estão disponibilizando cada vez mais testes rápidos, especialmente quando podem ser associados a um acompanhamento adequado para pessoas que têm resultados positivos.
- **PCR** – esse tipo de teste procura o HIV nas células do RNA e pode diagnosticar a infecção antes do teste de anticorpos, mas é muito caro e pouco utilizado.

Lidando com o resultado dos testes

Independentemente do resultado, testes para HIV podem trazer diversos sentimentos. Realizar a testagem é muito importante e, por isso, recomenda-se que, junto ao teste, uma pessoa profissional treinada também ofereça aconselhamento.

Se o teste der negativo (e você não estiver na janela imunológica), pode ser que você sinta algum tipo de alívio, principalmente se tiver tido alguma experiência de exposição ao vírus. Contudo, outros sentimentos e questionamentos podem surgir, como se perguntar “por que não eu?” se tem pessoas próximas que vivem com HIV. Um resultado negativo pode ser a motivação de que você precisa para fazer o necessário para evitar o contato com o vírus. No entanto, outros cenários são possíveis, como achar que está “segura” por ter testado negativo para o HIV e continuar com comportamentos que podem te colocar em maior risco de exposição a esse vírus (por exemplo, ter relação sexual desprotegida ou compartilhar agulhas). Nesse sentido, o aconselhamento pós-teste pode te ajudar a entender quais são os comportamentos que te deixam mais exposta ao vírus e a motivação para permanecer sem a infecção.

Já se o resultado for positivo, o aconselhamento busca trabalhar algumas questões pessoais (comportamentos, relacionamentos, etc.) e incentivar o início do tratamento, com planejamento e estruturação, além, claro, de responder a diversas dúvidas que podem surgir nesse momento.

Grupos de apoio, profissionais de saúde, amigas e familiares podem te ajudar a encontrar equilíbrio e suporte e são importantes meios de fortalecimento, superação, integração social, melhoria da qualidade de vida, entre outros.

Obtendo a melhor assistência médica possível

Encontrar assistência à saúde é um passo fundamental, principalmente no que se refere a profissionais com experiência no tratamento do HIV. No Brasil, o SUS garante acompanhamento e tratamento especializado para pessoas com HIV totalmente gratuito. O SUS funciona de forma articulada: ainda que na sua cidade ou no seu bairro não exista um ambulatório especializado para IST/HIV, você pode procurar uma UBS para maiores orientações, e o tratamento será referenciado para a unidade especializada, seja em outro bairro ou mesmo em outra cidade. Nos centros e ambulatórios especializados em HIV, além dos aspectos biomédicos, são abordadas também questões culturais e socioeconômicas da doença. É importante encontrar um/a especialista em HIV em quem você possa confiar para entender sua situação, saber como se manter saudável e como proteger as pessoas com quem você se relaciona sexualmente. Depois disso, é essencial colocar em prática cuidados mínimos, como você confere a seguir.

- **Avaliação** – um exame completo com análise sanguínea, incluindo o monitoramento das células CD4, ou células T. A carga viral ajuda a planejar e avaliar o tratamento. O monitoramento das células T indica como está o seu sistema imunológico, enquanto os exames de carga viral e do genótipo indicam quanto HIV há no seu corpo e se o vírus é resistente a algum dos tratamentos disponíveis

atualmente. Outras partes dos cuidados de rotina incluem uma revisão completa do seu histórico de saúde e da sua medicação, exames periódicos para outras IST, hepatite e exposição a tuberculose. Estão incluídos também a revisão do histórico de vacinação, o encaminhamento para dentista e oftalmologista e uma consulta com ginecologista para examinar se há câncer de colo do útero.

- **Vacinação** – vacinas precisam ser colocadas em dia, principalmente para pneumonia, hepatite A e B, tétano, gripe e, possivelmente, HPV. A pessoa profissional de saúde também pode querer discutir e avaliar seu risco para condições como tuberculose, vírus do herpes simples, infecções por fungo e outras infecções oportunistas.
- **Tratamento** – deve basear-se nas melhores orientações disponíveis para o protocolo da gestão do HIV e da Aids.
- **Apoio** – o bem-estar emocional é importante, assim como o acompanhamento nutricional e de uma assistente social. Muitos dos centros especializados em cuidados de HIV, se não todos, podem te indicar redes de apoio caso elas estejam disponíveis no local.

NOTAS

1. Esta imagem é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs. Fonte: *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Ministério da Saúde, 2020.
2. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil, “A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis”. *OPAS/OMS*, 6 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-6-2019-cada-dia-ha-1-milhao-novos-casos-infecoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis>
3. Regina Piazzetta *et al.*, “Prevalência da infecção por Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoea em mulheres jovens sexualmente ativas em uma cidade do Sul do Brasil”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 328-333, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100002&lng=en&nrm=iso
4. *Epidemiológico HIV/Aids 2020*. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>
5. *Ibidem*.
6. Maria Inês Costa Dourado, “Vulnerabilidade ao HIV/aids e sífilis na população de travestis

- e transexuais e seus modos de vida em Salvador-Bahia”, 2014–2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/ct/tc-2542012>
7. American Social Health Association, “Comunicado de imprensa”, 13 de janeiro de 2009.
 8. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020*. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>
 9. Juliane Andrade, “Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis”. *Tese de Doutorado em Saúde Coletiva*. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2017.
 10. Você pode encontrar orientações específicas de triagem de IST no site do Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist-1>
 11. A janela imunológica é o período entre o momento da infecção pelo HIV até a detecção de anticorpos anti-HIV produzidos pelo corpo da pessoa infectada. Dessa forma, uma pessoa pode apresentar resultado negativo se o teste for realizado poucos dias após ter sido infectada, já que a janela imunológica dura, em média, cerca de 30 dias. Por isso, diante de um resultado negativo, se as suspeitas de infecção permanecerem, é importante refazer os testes após um mês.
 12. *Relatório de recomendação: Testagem universal para hepatite viral C em gestantes no pré-natal*. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/Sociedade/ReSoc210_rastreamento_hepatiteC_gestantes.pdf
 13. Idem nota 3.
 14. *Boletim Epidemiológico*, v. 51, n. 8. Ministério da Saúde, 2020.
 15. Idem nota 2.
 16. *Boletim Epidemiológico de Sífilis*. Número especial. Ministério da Saúde, 2020.
 17. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Ministério da Saúde, 2020.
 18. “Estudo inédito revela prevalência nacional do HPV em pessoas com idade entre 16 e 25 anos”, *Ministério da Saúde*, 24 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/estudo-inedito-revela-prevalencia-nacional-do-hpv-em-pessoas-com-idade-entre-16-e-25-anos/>
 19. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Ministério da Saúde, 2015.
 20. “Conceito e Magnitude”, *Instituto Nacional do Câncer*, 5 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>
 21. Idem nota 19.
 22. “Detecção precoce”, *Instituto Nacional do Câncer*, 7 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/1194>; *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Ministério da Saúde, 2015.
 23. Idem nota 20.

24. *Boletim Epidemiológico Especial – Hepatites Virais*. Número especial. Ministério da Saúde, 2020.
25. *Boletim Epidemiológico HIV/aids 2020*. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>
26. Grupo de Incentivo à Vida (GIV). *Cartilha Prevenção Combinada: Barreiras ao HIV*, 2ª ed., junho de 2020. Disponível em: <http://www.giv.org.br/publicacoes/Cartilha-HIV+Adesao-I=I-e-Prevencao-Combinada-Jovens-e-Adultos.pdf>
27. Giselle Jesus e Renata Reis, “Vivendo Positivamente”. *Cartilha educativa para promoção da saúde e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids*. Ribeirão Preto-SP: FIERP, 2017.
28. “Duas cidades brasileiras já eliminaram a transmissão vertical do HIV”, *Ministério da Saúde*, 24 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/duas-cidades-brasileiras-ja-eliminaram-transmissao-vertical-do-hiv>
29. Para mais informações, consulte o site do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>
30. Para saber onde realizar o teste de HIV, consulte o seguinte site: http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude

GRAVIDEZ INESPERADA

Pensei que estivesse grávida, porque minha menstruação havia atrasado, mas tentei não pensar nisso. Não quis falar sobre isso com ninguém, porque estava com muito medo. Minha mãe nunca me deixaria em paz, então não quis contar a ela nem aos meus amigos – tive medo de que a notícia se espalhasse pela escola.

Você está preocupada porque pode estar grávida? Você não está sozinha. Quase metade das mulheres brasileiras engravidam sem planejamento em algum momento de suas vidas.¹ Ao descobrir uma gravidez, você pode se sentir alegre e animada. No entanto, você também pode ficar em choque, ter medo, vergonha ou simplesmente não se sentir pronta para a maternidade.

Se você acha que está grávida, a primeira coisa a fazer é confirmar essa suspeita. Quanto mais cedo você souber, mais tempo terá para se planejar e tomar decisões. Se estiver nervosa com as possibilidades do resultado, tente encontrar alguém de confiança que possa te dar apoio neste momento.

No Brasil, testes de gravidez são feitos gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Toda pessoa, ainda que seja adolescente, tem o direito de ser atendida sozinha com a garantia de sigilo em relação ao resultado do teste de gravidez. Assim, até que consiga pensar melhor sobre o que fazer, você poderá contar com o apoio de uma equipe de profissionais de saúde para tomar e efetivar suas decisões.

Se estiver grávida, você pode não saber o que fazer imediatamente, e é normal se sentir ambivalente. Seja gentil consigo mesma – lembre-se de que há ajuda gratuita por meio do SUS que pode orientá-la durante esse período, independentemente de suas circunstâncias.

A DESCOBERTA

Qualquer mulher que já menstrue, que não tenha passado pela menopausa e que tenha relações sexuais vaginais com um homem pode engravidar.

A maioria dos casos de gravidez não desejada ocorre quando as pessoas não usam métodos contraceptivos ou os usam de maneira inconsistente ou incorreta. Além disso, métodos contraceptivos, mesmo quando usados corretamente, ainda podem falhar.

O TESTE

Confira, a seguir, dois tipos diferentes de testes que você pode fazer para descobrir se está grávida.

TESTES DE GRAVIDEZ DE FARMÁCIA

Em geral, esse teste detecta a gonadotropina coriônica humana (hCG), um hormônio relacionado à gravidez que pode ser encontrado na urina. O SUS indica que o teste seja feito com a primeira urina do dia.

Esses testes são precisos e podem ser usados por volta da época em que sua menstruação deveria ter ocorrido. A maioria dos testes de gravidez de farmácia funciona de maneira parecida: você deve colocar a fita diretamente no seu fluxo urinário ou coletar a urina em um copo e, então, colocar a fita dentro dele. Depois de esperar alguns minutos, o resultado aparece com uma linha (negativo, você não está grávida) ou duas linhas (positivo, você está grávida).

Cuidado com falso negativo!

Se o teste der negativo e se menos de uma semana tiver transcorrido desde o dia em que seu ciclo menstrual deveria ter iniciado, é preciso fazer um novo teste dentro de alguns dias.

Os testes rápidos de gravidez podem ser encontrados gratuitamente nas UBS, por meio da Rede Cegonha,² e realizados no mesmo local, o que acelera o início do pré-natal.

TESTE DE SANGUE

É realizado em um laboratório ou em uma clínica, identifica se há hCG (gonadotropina coriônica humana) em sua corrente sanguínea e pode confirmar a gravidez cerca de uma semana antes do início do ciclo menstrual.

Assim como o teste de farmácia, o teste de sangue também é fornecido pelo SUS. No entanto, deve ser indicado por profissionais de saúde de equipe médica ou de enfermagem.

SINAIS DE GRAVIDEZ

Os primeiros sinais de gravidez variam de mulher para mulher e até mesmo de uma gravidez para outra. Aqui estão listados alguns dos sinais que muitas mulheres notam:

- um ciclo menstrual perdido ou mais curto do que o normal;
- sensibilidade ou aumento dos seios;
- sensibilidade nos mamilos;
- urina frequente;
- cansaço fora do habitual e sonolência;
- náusea e/ou vômito;
- inchaço;
- cólica;
- aumento ou diminuição de apetite;
- sensação de estar mais emotiva do que o normal.

No entanto, há outras causas, além da gravidez, para esses sintomas. Não presume que você está grávida a menos que faça um teste para confirmá-lo.

Se você não deseja ficar grávida e é sexualmente ativa, continue usando métodos contraceptivos até que faça um teste de gravidez, pois pode tratar-se de um alarme falso.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A contracepção de emergência é um tipo de contracepção que pode ser utilizada em até cinco dias após relação sexual desprotegida ou falha de um ou mais métodos contraceptivos. O uso de contracepção de emergência diminui drasticamente a chance de gravidez.³

A contracepção de emergência pode ser feita de três formas:⁴

- com o uso de uma pílula própria para isso em dose única ou dupla;
- com o uso de altas doses de pílulas comuns (método de Yuzpe);
- com a inserção de dispositivo intrauterino de cobre (DIU de cobre).

A princípio, todas essas alternativas deveriam ser disponibilizadas e orientadas por qualquer UBS. Caso você não encontre acesso a uma delas, pode entrar em contato com as ouvidorias das Secretarias de Saúde ou mesmo com a Defensoria Pública do Estado.

É POSSÍVEL ENGRAVIDAR SEM TER RELAÇÕES SEXUAIS?

A gravidez sem relações sexuais é possível, mas muito rara. Pode ocorrer se: 1) o esperma estiver em uma superfície ou objeto que é, então, colocado em contato interno com sua vagina; 2) o esperma cair na sua vulva, bem próximo à entrada da sua vagina; 3) uma roupa ou algum outro material que estiver completamente mergulhado em sêmen entrar em contato direto com a sua vagina.

No entanto, é importante considerar que o esperma ejaculado para fora do corpo sobrevive apenas por alguns minutos ou horas, de modo que engravidar sem ter relações sexuais é improvável.

FATOS SOBRE A GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

- Quase metade das mulheres brasileiras engravidam sem planejamento em algum momento de suas vidas.⁵
- A maior parte dos casos de gravidez não planejada entre mulheres que usam métodos contraceptivos são resultados de seu uso inconsistente ou incorreto.
- No Brasil, a taxa de gravidez na adolescência é ainda maior que a média mundial: a cada mil adolescentes de 15 a 19 anos, 62 tiveram um parto.⁶
- Cerca de 3/4 dos casos de gravidez na adolescência não foram planejados.⁷

PARA ENCONTRAR INFORMAÇÕES CONFIÁVEIS

Se o teste de gravidez feito em casa der positivo, você pode marcar uma consulta ou buscar informações na UBS mais próxima de sua casa.

O SUSPIRO DE ALÍVIO

Se você suspeitava estar grávida, mas acabou se enganando – e de fato não queria engravidar –, confira, a seguir, algumas dicas.

- Encontre um método contraceptivo que seja mais adequado para você. Os métodos estão em constante aperfeiçoamento, e novas opções são disponibilizadas a todo momento. Além disso, o que não funcionou para você no passado pode ter um efeito consideravelmente diferente agora.
- Tenha sempre um pacote reserva de preservativos penianos e/ou vaginais.
- Se passou por alguma forma de violência sexual, é muito importante que você receba cuidados em relação à sua saúde o quanto antes. Vá a qualquer hospital ou UBS o mais rápido possível para ter acesso aos cuidados imediatos necessários, como:

- a) Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP): preferencialmente nas primeiras 2 (duas) horas após a exposição à violência e até no máximo de 72 (setenta e duas) horas depois;
- b) contracepção de emergência.⁸

É importante que você saiba que, se engravidar em razão de uma violência sexual, é seu direito interromper a gestação, e esse serviço deve ser oferecido pelo SUS.

Caso você tenha interesse em processar criminalmente o autor da violência, procure o apoio da Defensoria Pública do seu estado, de uma advogada ou do próprio Ministério Público. É sempre bom compreender melhor seus direitos e registrar a situação com autoridades policiais.

Ainda assim, se você quiser, é possível registrar a ocorrência desde já. Lembre-se de que, uma vez realizada a denúncia, não é possível desistir do processo depois.

DECIDINDO O QUE FAZER

Quando descobrir que está grávida, você vai precisar de tempo para se ajustar à novidade. Mesmo que esteja entusiasmada, você e/ou a pessoa com quem estiver podem se sentir emocional, física, espiritual ou economicamente despreparadas para a nova realidade.

Se a gestação for indesejada, você pode se sentir confusa sobre o que fazer. Nesses momentos, é importante procurar espaços de acolhimento e escuta.

Você pode receber orientações que te ajudem a tomar a decisão correta em centros de apoio, ONGs, com amigas ou familiares em que confie.

Eu estava usando o anticoncepcional com meu namorado de longa data. Quando terminamos, nos despedimos fazendo sexo e a camisinha arrebentou. Só foi preciso uma vez! Ele realmente não queria ser pai. Eu sabia que poderia cuidar financeiramente de uma criança, mas senti que seria imoral ter uma criança que sabia que seu pai não a queria. Eu também não me sentia emocionalmente segura [o suficiente] para criar um filho sozinha. Fiz o aborto e me senti extremamente aliviada.

Depoimento de uma mulher dos Estados Unidos, onde o aborto é legalizado

Caso esteja pensando em interromper a gestação, é importante que saiba que, no Brasil, o aborto é permitido em apenas três situações: quando a gravidez representar risco à vida da gestante, no caso de gestação resultante de estupro ou se o feto for anencéfalo.

Criminalização do aborto

A criminalização aumenta o risco de complicações porque expõe as mulheres a procedimentos inseguros – muitas vezes por desespero ou falta de orientação. No entanto, mulheres que têm acesso a informação de qualidade e a um método seguro de abortamento não têm risco aumentado para sua saúde e podem realizar um abortamento de forma segura (mais informações sobre este assunto podem ser encontradas no capítulo 13, “Aborto”).

MATERNIDADES POSSÍVEIS

Quando refletimos sobre gestações não desejadas e sobre a possível escolha pela maternidade, devemos considerar a existência de uma multiplicidade de experiências que as mulheres vivem em relação a ser – ou não – mãe.

Em nossa sociedade, há um padrão ideal de exercício materno e de cuidado: o de maternidades de mulheres brancas, jovens, adultas, saudáveis, com condição socioeconômica privilegiada e corpos sem deficiências, exercidas dentro de casamentos heterossexuais e monogâmicos.

Cada experiência distinta desse ideal, que pode interseccionar as mulheres de maneiras diferentes,⁹ torna suas maternidades menos aceitas ou até mesmo puníveis pelo Estado.¹⁰

Assim, a vivência da maternidade, para algumas mulheres, não caminha pela via da sua compulsoriedade, mas, sim, pela negação da possibilidade da maternidade e do cuidado.¹¹ Um exemplo disso é a separação compulsória de mães e bebês nas maternidades de mulheres em situação de rua, usuárias – ou não – de substâncias psicoativas. Nesses casos, em razão da vulnerabilidade social, o Estado compreende que essas mulheres não são aptas a exercer o papel de mães.¹²

A decisão sobre como lidar com uma futura maternidade e as expectativas sobre uma gestação não planejada podem ser muito diferentes a depender das suas vivências. Por isso, é importante que você tome sua decisão apoiada por pessoas que compreendam a sua realidade e respaldem as suas escolhas.

CASO VOCÊ DEMORE PARA DESCOBRIR QUE ESTÁ GRÁVIDA

Não é incomum que mulheres só descubram que estão grávidas depois de dois meses de gestação. A cultura e a educação dadas por sua família podem influenciar a maneira como você interpreta as mudanças no seu corpo. Além disso, problemas de digestão, estresse, resfriados e gripes podem ser confundidos com gravidez.

Para algumas de nós, engravidar é impensável e, por isso, simplesmente não aceitamos seus sinais ou não queremos tomar decisões sobre a gravidez; assim, ignoramos a gestação por tanto tempo que nossas opções se tornam limitadas.

Qualquer que seja o motivo para o atraso, é importante procurar ajuda médica assim que possível para receber os cuidados em saúde necessários o quanto antes.

Um parceiro ou parceira de sua confiança, que seja uma pessoa carinhosa e atenciosa, pode oferecer apoio no caso de uma gravidez inesperada. Não se esqueça de que você merece e precisa ser respeitada em relação a todos os aspectos da gravidez e tomadas de decisões.

PRESSÃO FAMILIAR

A maioria de nós têm parentes que acreditam que sabem o que é o melhor para todos da família. Algumas de nós também têm familiares que entendem que uma criança deve sempre ser bem recebida, enquanto outras vivem com um núcleo familiar que se sente envergonhado e preocupado com essa situação.

A pessoa com quem você está também pode ter diversas razões para querer que você leve a gravidez adiante ou a interrompa – ainda que clandestinamente.

Em qualquer um desses casos, por mais que seja difícil, é importante que você priorize os seus desejos e busque apoio de pessoas que possam te acolher sem pré-julgamentos.

DESMISTIFICANDO ALGUMAS IDEIAS SOBRE MATERNIDADE

- Não existem mães perfeitas.
- Existe uma multiplicidade de formas de exercer a maternidade.
- A maternidade é marcada por tentativas e erros; você pode buscar informações úteis com outras mulheres e/ou grupos de mães guiados por profissionais que atuem em uma linha com a qual você se identifica.
- Ainda que as mulheres sejam socializadas para exercer as tarefas de cuidado de forma exclusiva, é possível propor uma divisão de tarefas mais igualitária e responsabilizar os homens pelo exercício de uma paternidade responsável.
- Se você estiver passando por muitas dificuldades financeiras, pode buscar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) mais próximo de sua casa, onde é possível realizar seu Cadastro Único e verificar se preenche os requisitos para acessar programas de transferência de renda.
- No país, calcula-se que uma em cada cinco mulheres realizou um aborto em suas vidas.

- O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil.

ABORTO PREVISTO EM LEI

De acordo com a legislação brasileira, o direito de realizar um aborto é garantido em apenas três situações: estupro, anencefalia e risco de morte da mulher. Nesses casos, a interrupção da gestação (o chamado aborto legal) é um direito garantido por lei e pode ser realizado pelos serviços que compõem o SUS. A princípio, toda mulher deveria ter condições de realizar a interrupção da gestação nos casos previstos em lei¹³ mas, se no seu município não há esse serviço, você deve ser encaminhada ao serviço de referência mais próximo de sua casa.

Ainda que o aborto seja criminalizado, são muitas as mulheres que o fazem clandestinamente. É importante que você saiba que, mesmo quando realizados na clandestinidade, os abortos podem ser seguros. No entanto, poucas mulheres têm acesso a informação de qualidade e a um método seguro de abortamento, o que faz com que a escolha pela maternidade permaneça sendo um privilégio apenas de algumas mulheres.

Apesar da garantia legal do aborto nas três situações listada acima, mesmo quando a mulher preenche os requisitos, não é sempre que ela consegue fazer valer o seu direito e acaba sofrendo uma série de violências institucionais.

À época da edição deste livro, em junho de 2022, foi noticiada a saga de uma menina de 11 anos que buscava o direito ao aborto legal. Aos 10 anos de idade e com 22 semanas de gestação, a menina e sua mãe buscaram o aborto legal – por estupro e risco de morte – no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Lá, tiveram o serviço negado sob alegação da equipe médica de que ela estava com mais de 20 semanas de gestação. Apesar de o hospital estar obrigado a realizar o procedimento e a lei não falar em prazo para que direito ao aborto legal possa ser usufruído, a menina e a mãe foram orientadas a buscar autorização da justiça.

O que poderia ter sido corrigido rapidamente com uma ordem judicial ao hospital para que realizasse o procedimento legal – e fosse denunciado ao Ministério Público e ao Ministério da Saúde por ter desrespeitado a lei – virou um show de horrores perpetrados pela juíza Joana Ribeiro Zimmer e pela promotora Mirela Dutra Alberton, atuantes no caso.

A magistrada tentou manter a gravidez da criança – contra a vontade desta – para que o bebê fosse enviado à adoção. Durante o processo, a juíza determinou que ela fosse separada de sua mãe e enviada a um abrigo com o objetivo de, nas palavras da juíza, não só proteger a menina, “mas de proteger o bebê em gestação, se houver via-

bilidade de vida extrauterina”. Escreveu ainda em despacho: “O fato é que, doravante, o risco é que a mãe efetue algum procedimento para operar a morte do bebê”. Ou seja, a juíza ignorou o direito de uma menina de 11 anos vítima de estupro e buscou criminalizar sua conduta. No abrigo, a menina foi mantida por 40 dias.

A partir do momento em que o caso com o áudio e imagens da audiência passou a circular na internet devido ao trabalho de reportagem do *The Intercept Brasil*¹⁴ e Catarinas¹⁵, os abusos da juíza despertaram a indignação da sociedade. A juíza acabou saindo do caso – por motivo de promoção¹⁶ (*sic*) – e foi determinado que o hospital realizasse o procedimento. Quando a menina finalmente teve acesso ao aborto legal, ela estava com 11 anos e 29 semanas de gestação.

Frases da juíza Joana Ribeiro Zimmer e da promotora Mirela Dutra Alberton, buscando convencer menina de 11 anos a desistir do aborto legal

“Quanto tempo que você aceitaria ficar com o bebê na tua barriga para gente acabar de formar ele, dar os medicamentos para o pulmãozinho dele ficar maduro para a gente poder fazer essa retirada antecipada do bebê para outra pessoa cuidar se você quiser?” – juíza para a menina

“Você vai ao médico, e a gente vai fazer essa pergunta para um médico, mas você, se tivesse tudo bem, suportaria ficar mais um pouquinho?” – juíza para a menina

“Você acha que o pai do bebê concordaria com a entrega para adoção?” – juíza para a menina

“Quanto ao bebezinho, você entendeu que se fizer uma interrupção, o bebê nasce e a gente tem que esperar esse bebê morrer? A senhora conseguiu entender isso? Que é uma crueldade? O neném nasce e fica chorando até morrer.” – juíza para a mãe menina

*“O bebê já tá completo, ele já é um ser humano, consegue entender isso? Ele já está com quase seis meses. Tem bebês que nascem até antes e ainda sobrevivem. O que a gente queria ver se tu concordarias era de que a gente mantinha [*sic*] mais uma ou duas semanas apenas na tua barriga. Porque, para ele ter chance de sobreviver mais ele precisa tomar os medicamentos para o pulmão se formar completamente. Em vez de deixar ele morrer, porque ele já é um bebê, já é uma criança, em vez de a gente tirar ele da tua barriga e ele morrer agonizando, porque é isso que acontece, porque o Brasil não concorda com a eutanásia, o Brasil não vai dar medicamento pra ele. Ele vai nascer chorando [*inaudível*] dar o medicamento [*agonizando*]. A gente tirar ele, dar todos os suportes médicos para que ele sobreviva e a gente daria para um casal para adoção.” – promotora para a menina*

Diversas entidades protocolaram representações, no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), contra a magistrada por infração disciplinar, entre elas a Associação Brasileira de Juristas pela Democracia (ABJD) e a Marcha Mundial de Mulheres.

“As entidades sustentam que, para justificar a continuidade da gestação de uma criança, a magistrada cometeu crimes de assédio institucional, usou métodos de terror psicológico, promoveu a revitimização e violou normas legais, direitos e garantias. Por isso, pediram que fosse instaurado um processo legal administrativo disciplinar e aplicada a penalidade cabível. [...] A conduta de Joana é de indescritível crueldade com a criança vítima de violência sexual, tratando-a unicamente como um trampolim para a adoção. A sociedade não pode permitir, tampouco deixar escapar de seu institucional controle, a expressa vedação desse tipo de postura e de conduta praticadas no conforto do segredo de Justiça que, ao que parece, não visa a proteger as partes, e sim, lamentavelmente, o abuso e a desumanidade das ações do Estado”.

Por fim, é preciso lembrar que as imagens das audiências com e envolvendo menores são protegidas por sigilo judicial, mas os vídeos foram enviados ao *Intercept* por uma fonte anônima. Apesar de ter havido violação do sigilo, foi a violação que possibilitou que o caso chegasse ao conhecimento público e a sociedade civil se manifestasse em defesa da menina. Mas nem sempre a quebra de sigilo favorece as vítimas. Mais abaixo, no caso de uma entrega voluntária para adoção, veremos um exemplo de efeito negativo e traumático da violação do sigilo.

LEVANDO A GRAVIDEZ ATÉ O FIM

Se você decidir levar sua gravidez até o fim, é importante encontrar profissionais de saúde que possam determinar em que estágio você se encontra e que te ajudem com os cuidados necessários durante a gravidez.

Eu estava em um relacionamento estável, embora de longa distância, com um rapaz que me apoiava e que eu sabia que ficaria ao meu lado independentemente do que eu escolhesse. Passei uma semana pensando, imaginando, agonizando e escrevendo. No fim das contas, percebi que eu queria ser mãe e disse a meu companheiro que ele poderia me deixar naquele momento ou poderia ficar e ser pai. Fiquei aliviada quando ele decidiu ficar. Já contei muitas vezes essa história à minha filha, que tem três anos agora. É uma de suas histórias preferidas. Eu quero garantir que ela saiba que eu não fui forçada a tê-la, que eu escolhi ser sua mãe.

Depoimento de uma mulher nos Estados Unidos

SE EU LEVAR A GRAVIDEZ ADIANTE, POSSO CONTINUAR FREQUENTANDO A ESCOLA?

A legislação brasileira, mais especificamente o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garante o direito a educação para todas as adolescentes – independentemente de estarem grávidas.¹⁸ Além disso, a Lei nº 6.202/75 estabelece que é direito da estudante que estiver gestante realizar exercícios escolares de casa a partir do oitavo mês de gestação.

Sabemos que pesquisas apontam que 18% das jovens brasileiras grávidas abandonam a escola, o que é uma das principais causas de evasão escolar.¹⁹ Apesar disso, se você estiver gestante e desejar continuar com os estudos, é possível exigir que sua instituição escolar desenvolva políticas que permitam que gestantes permaneçam estudando.

ENTREGA PROTEGIDA

Comecei a pensar em minha situação e a repensar que tipo de mãe eu seria e como eu gostaria que fosse a vida do meu filho. De repente me dei conta: eu não estava nem um pouco pronta para me tornar mãe... Então pensei bastante, chorei bastante, fiz várias pesquisas e decidi que a melhor opção para mim era colocar meu filho para adoção.

Depoimento de uma mulher e mãe dos Estados Unidos

Se você decidiu continuar com a gestação, mas não deseja exercer a maternidade, pode realizar a entrega protegida. Esse procedimento é garantido pelo ECA e significa confiar a criança à responsabilidade do Estado, que deve encaminhá-la para adoção com cuidado e proteção (para mãe e criança).²⁰

Sabemos que essa é uma decisão difícil, mas é importante lembrar que a maternidade não pode – nem deve – ser compulsória e que há formas de tornar esse processo humanizado. Se essa for a sua escolha, profissionais de saúde devem te garantir uma sala privativa, o direito a não amamentação, terapia de medicamentos para interromper a lactação e acompanhamento psicológico e social.

Combatendo o estigma

Reduzir o estigma em relação à entrega protegida é responsabilidade dos profissionais de saúde e da assistência social, assim como de todos nós socialmente. É preciso considerar esse procedimento como um cuidado materno possível dentre as tantas possibilidades de maternagem que existem.

No Brasil, à época da edição deste livro, em junho de 2022, foi noticiada pela mídia – de modo irresponsável e cruel – o que deveria ter sido uma entrega protegida. A atriz Klara Castanho viu seu direito à proteção ser violado principalmente pelos profissionais de saúde que tinham a obrigação de garantir o sigilo, mas também pelo jornalista Leonardo Antônio Lima Dias (Leo Dias),²¹ do jornal Metrôpoles. Após a história ter vindo à tona e ter repercutido em ataques violentos a Klara nas redes sociais, a jovem atriz de 21 anos emitiu a carta aberta²² abaixo em suas redes sociais sobre ter sido estuprada e sobre todas as violências que sofreu nas mãos dos profissionais de saúde, da sociedade e da mídia. Tudo isso se deu mesmo Klara Castanho tendo respeitado e passado pelo processo jurídico necessário para realizar a entrega em adoção. O peso do estigma sobre a mulher que busca a entrega protegida no patriarcado é colossal.

Carta aberta

Esse é o relato mais difícil da minha vida. Pensei que levaria essa dor e esse peso somente comigo. No entanto, não posso silenciar ao ver pessoas conspirando e criando versões sobre uma violência repulsiva e de um trauma que eu sofri. Eu fui estuprada.

Relembrar esse episódio traz uma sensação de morte, porque algo morreu em mim. Não estava na minha cidade, não estava perto da minha família nem dos meus amigos.

Estava completamente sozinha. Não, eu não fiz boletim de ocorrência. Tive muita vergonha, me senti culpada. Tive a ilusão que se eu fingisse que isso não aconteceu, talvez eu esquecesse, superasse. Mas não foi o que aconteceu. As únicas coisas que tive forças para fazer foram: tomar a pílula do dia seguinte e fazer alguns exames. E tentei, na medida do possível e da minha frágil capacidade emocional, seguir adiante, me manter focada na minha família e no meu trabalho. Mas mesmo tentando levar uma vida normal, os danos da violência me acompanharam. Deixei de dormir, deixei de confiar nas pessoas, deixei uma sombra apoderar-se de mim.

Uma tristeza infinita que eu nunca tinha sentido antes. As redes sociais são uma ilusão e deixei lá a ilusão de que a vida estava ok enquanto eu estava despedaçada. Somente a minha família sabia o que tinha acontecido.

Os fatos até aqui são suficientes para me machucar, mas eles não param por aqui. Meses depois, eu comecei a passar mal, ter mal-estar. Um médico sinalizou que poderia ser uma gastrite, uma hérnia estrangulada, um mioma. Fiz uma tomografia e, no meio dela, o exame foi interrompido às pressas.

Fui informada que eu gerava um feto no meu útero. Sim, eu estava quase no término da gestação quando eu soube. Foi um choque. Meu mundo caiu. Meu ciclo menstrual estava normal, meu corpo também. Eu não tinha ganhado peso e nem barriga. Naquele momento do exame, me senti novamente violada, novamente culpada. Em uma consulta médica contei ter sido estuprada, expliquei tudo o que aconteceu.

O médico não teve nenhuma empatia por mim. Eu não era uma mulher grávida que estava grávida por vontade e desejo, eu tinha sofrido uma violência.

E mesmo assim esse profissional me obrigou a ouvir o coração da criança, disse que 50% do DNA eram meus e que eu seria obrigada a amá-lo. Essa foi mais uma da série de violências que aconteceram comigo. Gostaria que tivesse parado por aí, mas, infelizmente, não foi isso que aconteceu.

Eu ainda estava tentando juntar os cacos quando tive que lidar com a informação de ter um bebê. Um bebê fruto de uma violência que me destruiu como mulher. Eu não tinha (e não tenho) condições emocionais de dar para essa criança o amor, o cuidado e tudo o que ela merece ter. Entre o momento que eu soube da gravidez e o parto se passaram poucos dias. Era demais para processar, para aceitar e tomei a atitude que eu considero mais digna e humana. Eu procurei uma advogada e, conhecendo o processo, tomei a decisão de fazer uma entrega direta para adoção. Passei por todos os trâmites: psicóloga, ministério público, juíza, audiência – todas as etapas obrigatórias. Um processo que, pela própria lei, garante sigilo para mim e para a criança. A entrega foi protegida e em sigilo. Ser pai ou mãe não depende tão somente da condição econômica-financeira, mas da capacidade de cuidar. Ao reconhecer minha incapacidade de exercer esse cuidado, eu optei por essa entrega consciente e que deveria ser segura.

No dia em que a criança nasceu, eu, ainda anestesiada do pós-parto, fui abordada por uma enfermeira que estava na sala de cirurgia. Ela fez perguntas e ameaçou: “Imagina se tal colunista descobre essa história”. Eu estava dentro de um hospital, um lugar que era para supostamente me acolher e proteger. Quando cheguei no quarto já havia mensagens do colunista, com todas as informações. Ele só não sabia do estupro. Eu ainda estava sob o efeito da anestesia. Eu não tive tempo de processar tudo aquilo que estava vivendo, de entender, tamanha era a dor que eu estava sentindo. Eu conversei com ele, expliquei tudo o que tinha me acontecido. Ele prometeu não publicar. Um outro colunista também me procurou dias depois, querendo saber se eu estava grávida, e eu falei com ele. Mas apenas o fato de eles saberem mostra que os profissionais que deveriam ter me protegido em um momento de extrema dor e vulnerabilidade, que têm a obrigação legal de respeitar o sigilo da entrega, não foram éticos, nem tiveram respeito por mim e nem pela criança.

Bom, agora, a notícia se tornou pública, e com ela vieram mil informações erradas e ilações mentirosas e cruéis. Vocês não têm noção da dor que eu sinto. Tudo o que fiz foi pensando em resguardar a vida e o futuro da criança. Cada passo está documentado de acordo com a lei. A criança merece ser criada por uma família amorosa, devidamente habilitada à adoção, que não tenha as lembranças de um fato tão traumático. E ela não precisa saber que foi resultado de uma violência tão cruel.

Como mulher, eu fui violentada primeiramente por um homem e, agora, sou reiteradamente violentada por tantas outras pessoas que me julgam. Ter que me pronunciar sobre um assunto tão íntimo e doloroso me faz ter que continuar vivendo essa angústia que carrego todos os dias.

A verdade é dura, mas essa história é real. Essa é a dor que me dilacera.

No momento, eu estou amparada pela minha família e cuidando da minha saúde mental e física. Minha história se tornar pública não foi um desejo meu, mas espero que, ao menos, tudo o que me aconteceu sirva para que mulheres e meninas não se sintam culpadas ou envergonhadas pelas violências que elas sofrem. Entregar uma criança em adoção não é um crime, é um ato supremo de cuidado. Eu vou tentar me reconstruir, e conto com a compreensão de vocês para me ajudar a manter a privacidade que o momento exige.

Com carinho, Klara Castanho

ADOÇÃO

A adoção é um dos caminhos possíveis para o exercício da maternidade caso esse seja o seu desejo.

No Brasil, o processo de adoção é gratuito e deve ser iniciado na Vara da Infância e da Juventude mais próxima de sua residência. A idade mínima para se habilitar a adoção é 18 anos, independentemente de estado civil, desde que seja respeitada a diferença de 16 anos entre quem deseja adotar e a criança a ser acolhida.

O processo de adoção acontece da seguinte forma:

1. A pessoa que tem interesse em adotar deve procurar a Vara da Infância e da Juventude de sua cidade ou região.
2. Depois, alguns documentos serão solicitados para análise e uma avaliação por uma equipe técnica multidisciplinar do Poder Judiciário será realizada. Além disso, a pessoa que deseja adotar deve participar de um programa de preparação para adoção. Finalizado esse programa, o Juizado verificará se a pessoa está apta para adotar e, em seguida, inserirá seus dados no Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento.
3. Uma vez chegada a vez da pessoa interessada na fila de adoção e encontrada a criança ou adolescente que receberá acolhimento, serão realizadas tentativas de

convivência graduais, supervisionadas pela equipe técnica do Judiciário. Se tudo correr bem, uma ação de adoção deverá ser proposta.

4. Nessa ação, o Juizado oficializará a adoção e determinará a confecção do novo registro de nascimento; assim, a criança ou adolescente passará a ter, nesse momento, todos os direitos de filha ou filho.²³

AGORA QUE VOCÊ JÁ TOMOU A SUA DECISÃO

Seja gentil consigo mesma: tendo escolhido – ou não – prosseguir com a gestação e com a maternidade, é importante que você se lembre de que não há escolha certa ou errada, apenas alternativas possíveis.

Maternidade e não-maternidade como direito

Em uma sociedade preocupada com a autonomia e com a garantia de direitos das mulheres, a escolha pelo exercício da maternidade não pode ser um privilégio de algumas mulheres, mas, sim, um direito garantido a todas.

NOTAS

1. Carolina Dantas, “Mais de 55% das brasileiras com filhos não planejaram engravidar, diz estudo”. *G1*, 1 dezembro de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/mais-de-55-das-brasileiras-com-filhos-nao-planejaram-engravidar.ghtml>
2. Saiba mais sobre a Rede Cegonha no site do Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha#:~:text=A%20Rede%20Cegonha%20%C3%A9%20uma,voltados%20%C3%A0s%20gestantes%20e%20pu%C3%A9rperas>
3. Rodrigo Schroeder, Canova Fernanda Borsatto Caruso e Marcelino Espírito Hofmeister. “Contraceção de emergência: indicações e métodos”. *Acta médica* (Porto Alegre), v. 33, n. 1, dezembro de 2012. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882343/contracecao-de-emergencia-indicacoes-e-metodos.pdf>
4. *Protocolo para Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência*. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_levonorgestrel_anticoncepcao_hormonal_emergencia.pdf
5. Idem nota 1.
6. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). *Situação da População Mundial, 2019*. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2019>.
7. Mariza Miranda Theme-Filha, Marcia Leonardi Baldisserotto, Ana Claudia Fraga, Susan Ayers, Silvia Granado da Gama, Maria do Carmo Leal, “Factors associated with unintended preg-

- nancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012”. *Reproductive Health*, v. 13, n. 3, 2016.
8. Para mais informações, acesse o site do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, disponível em: <https://www.mulheres.org.br/>
 9. Júlia Campos Clímaco, “Análise das construções possíveis de maternidades nos estudos feministas e da deficiência”. *Revista de Estudos Feministas*, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/1806-9584-2020v28n154235/43469>
 10. Laura Davis Mattare e Carmen Simone Grilo Diniz, “Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 107-119, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>
 11. Marsha Saxton, “Disability rights and selective abortion”. In: Lennard Davis (ed.). *The Disability Studies Reader*. Routledge, p. 105-116, 2006.
 12. Janaína Dantas Germano Gomes (coord.) e Renato Nunes Dias (ed.). *Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo*. Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama, Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG.pdf>
 13. Informações disponíveis em: *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf
 14. “Em audiência, juíza de Santa Catarina induz menina estuprada de 11 anos a desistir de aborto legal”, *The Intercept Brasil*, 20 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VJK1bZxAu7Y&t=12s>
 15. Paula Guimarães, Bruna de Lara e Tatiana Dias, “Suportaria ficar mais um pouquinho?”, *The Intercept Brasil/Catarinas*, 20 de junho de 2022. Disponível em: <https://theintercept.com/2022/06/15/video-juiza-sc-menina-11-anos-estupro-aborto/>
 16. “Juíza que negou aborto para menina de 11 anos é promovida”, *Correio Braziliense*, 22 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/06/5017029-juiza-que-negou-aborto-para-menina-de-11-anos-e-promovida.html>
 17. Joyce Ribeiro e Márcio Pinho, “Saiba quais as punições possíveis para a juíza que tentou impedir aborto legal de menina de 11 anos”, *R7*. 24 de junho de 2022. Disponível em: <https://noticias.r7.com/cidades/saiba-quais-as-punicoes-possiveis-para-a-juiza-que-tentou-impedir-aborto-legal-de-menina-de-11-anos-24062022>
 18. Informações disponíveis em: Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>
 19. Miriam Abramovay, Mary Garcia Castro, Júlio Jacobo Waiselfisz. *Juventudes na escola, sentidos e buscas: Por que frequentam?*. Brasília: Flacso – Brasil, OEI, MEC, 2015.

20. Mais informações em: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. *Entrega Responsável para Adoção*, 2021. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/upload/arquivos/202109/29161414-entrega-responsavel.pdf>
21. “Na TV, Leo Dias disse que Klara Castanho teria ‘carma grande’ por doar bebê”, *Splash Uol*, 25 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.uol.com.br/splash/noticias/2022/06/25/leo-dias-klara-castanho.htm?cmpid=copiaecolahttps://www.uol.com.br/splash/noticias/2022/06/25/leo-dias-klara-castanho.htm>
22. Klara Castanho, “Carta aberta”, *Instagram*, 25 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CfPvGDkuii1/>
23. Mais informações em: Conselho Nacional de Justiça, “Passo a passo da adoção”, 7 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/adoacao/pas-so-a-passo-da-adoacao/#:~:text=O%20processo%20de%20ado%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9,a%20crian%C3%A7a%20a%20ser%20acolhida>

ABORTO

ABORTO ESPONTÂNEO E ABORTO PROVOCADO

O aborto, seja espontâneo ou provocado, é uma condição tão comum na vida das mulheres de todas as culturas e países que podemos dizer que faz parte de nossas vidas reprodutivas. Neste capítulo, trataremos especificamente dos abortamentos provocados, ou seja, de mulheres que decidem interromper uma gestação.

Um triste retrocesso

Em 24 de junho de 2022, durante a edição deste livro, foi revogada pela Suprema Corte dos Estados Unidos a decisão *Roe v. Wade*, que garantia em todo o país, desde 1973, o direito à privacidade e a autonomia da mulher em tomar decisões sobre seu corpo e recorrer ao aborto. A revogação só foi possível pois o ex-presidente Trump nomeou três magistrados republicanos e conservadores para a Suprema Corte.

Com a revogação da decisão pelo Judiciário e com um Congresso Nacional também conservador, o direito ao aborto passa a depender de leis estaduais para ser garantido. Como muitos estados são conservadores, espera-se que mais de 22 estados aprovem legislação proibindo o aborto.

Um grande retrocesso para o direito das mulheres estadunidenses.

Apesar de o número de métodos contraceptivos ter aumentado, nenhum deles é totalmente eficaz; além disso, o acesso a serviços e informações sobre saúde reprodutiva é afetado por fatores geográficos, econômicos, sendo desigual no Brasil e em diversos outros países. Também é preciso destacar que, devido à desigualdade de gênero e raça, à coerção e à violência, nem sempre controlamos ou decidimos quando fazemos sexo.

No Brasil, aproximadamente 55% das gestações não são planejadas.¹ Nenhuma mulher deve levar uma gravidez adiante ou se tornar mãe contra sua própria vontade; pelo contrário, toda mulher deve poder decidir se quer, ou não, dar continuidade a uma gravidez com base no que acredita ser o melhor para si mesma. Nenhum go-

verno, instituição religiosa ou indivíduo deveria restringir nossa capacidade de tomar essa decisão pessoal.

No Brasil, infelizmente, o aborto é criminalizado e as mulheres são obrigadas a seguir com a gravidez a não ser em três casos específicos, o que será detalhado no texto a seguir.

Autonomia para decidir

Se não pudermos decidir com liberdade se vamos dar continuidade a uma gravidez, não poderemos ter controle sobre nossas vidas, viver nossa sexualidade com plenitude e participar integralmente da sociedade.

QUEM ABORTA E POR QUÊ?

No Brasil, apesar da criminalização, são muitas as mulheres que abortam de modo clandestino. De acordo com dados do Ministério da Saúde, 500 mil mulheres realizam aborto clandestino por ano em nosso país. Cerca de uma em cada cinco mulheres fez ou fará ao menos um aborto no Brasil de acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (2016).² Dessas, 88% têm religião, 67% têm filhos, 24% são indígenas, 15% são negras, 9% são brancas, 14% são pardas e 13% são amarelas.

Existem muitas ideias equivocadas sobre quem são as mulheres que decidem abortar. As estatísticas demonstram que mulheres que optam pelo aborto não podem ser colocadas em uma única categoria: elas são diversas, já que se trata de um evento comum à vida reprodutiva de todas.

As razões mais citadas por mulheres que decidem abortar são, entre outras, preocupação ou responsabilidade com outras pessoas; impossibilidade de sustentar uma criança (ou mais uma criança); interferência no trabalho, nos estudos ou a responsabilidade de cuidar de outros dependentes; dificuldades com o marido ou companheiro; e não querer ser mãe solteira.

ABORTO LEGAL E ABORTO CLANDESTINO NO BRASIL

O direito de realização do aborto é garantido em apenas três situações segundo a legislação brasileira: estupro, anencefalia e risco de morte da mulher. Nesses casos, trata-se do que se chama de “aborto legal”.

Considerando que o aborto pode vir a ser um evento comum na vida de todas as mulheres, a criminalização faz com que a interrupção da gestação seja realizada de forma clandestina e, muitas vezes, por meio de procedimentos inseguros. A depender do

acesso a informações e a recursos – o que é fortemente influenciado por fatores como situação social, condição geográfica, raça, idade, contexto cultural, entre outros –, o risco gerado pela realização de um processo inseguro aumenta, de modo que mulheres negras, jovens, solteiras e com menor grau de instrução ficam mais expostas a riscos de morte ou prisão quando decidem não prosseguir com uma gestação.

Justamente porque a interrupção da gestação pode ser feita de forma segura quando há acesso a recursos e informações, a escolha pela maternidade permanece sendo um privilégio de apenas algumas mulheres. Por isso, diversas organizações feministas lutam pela descriminalização do aborto como uma das principais formas de efetivação da justiça reprodutiva. Outras organizações atuam ajudando as mulheres a abortar de forma segura, ainda que clandestinamente.

SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL

No Brasil, o aborto legal³ é gratuito e oferecido pelo SUS, e os serviços de saúde devem prestar atendimento às mulheres em todas as situações previstas em lei (gravidez decorrente de estupro, risco para a vida da mulher ou pessoa gestante de feto anencefálico).

Nos serviços em que há equipe específica para atendimento de aborto legal (em muitos não há e o atendimento é feito por profissionais que estejam de plantão), a mulher será atendida por uma assistente social e por uma psicóloga, que vão colher seu relato. Será feito um ultrassom obstétrico para datação da idade gestacional e realizada uma avaliação da compatibilidade com a data informada de estupro. A mulher, então, recebe orientação sobre o procedimento e é encaminhada preferencialmente para uma sala com privacidade, onde possa receber o protocolo de mifeprestol compatível com a idade gestacional. Em geral, finaliza-se o procedimento com o aspirador manual intrauterino (AMIU) ou com curetagem.

Quando a gestação é decorrente de um estupro, o acesso ao aborto não depende da apresentação de boletim de ocorrência nem de autorização judicial. Basta ir ao hospital de referência e informar que a gravidez é resultante de uma violência sexual e seu desejo de interrompê-la.

No caso da existência de risco de vida, também não há necessidade de autorização judicial – o diagnóstico cabe a profissionais de saúde.

Por último, no caso de feto anencefálico (quando se detecta, no feto, essa malformação incompatível com a vida extrauterina), basta um exame de ultrassonografia com diagnóstico de anencefalia assinado por duas médicas ou médicos.

No entanto, apesar de ser um direito, ainda há diversas barreiras para o acesso ao aborto legal no Brasil. Confira algumas delas a seguir.

- Falta de serviços de aborto legal em todos os estados brasileiros. Ainda há estados que não oferecem esse serviço e, além disso, o isolamento geográfico segue sendo uma grande barreira para o acesso de muitas mulheres.
- De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto de 2016, dos 68 serviços de aborto legal, somente 37 estão ativos. Muitos deles não realizaram nenhum aborto no último ano e 15 realizaram menos de dez abortos nos últimos dez anos (ou seja, muitos serviços estão praticamente inativos).
- Menos da metade das mulheres que buscaram os serviços (cinco mil) realizaram o procedimento, o que significa que, mesmo quando conseguem atendimento, as mulheres são desencorajadas a interromper a gestação.
- Apesar de a lei reconhecer que nos casos de estupro a palavra da vítima é suficiente, muitos serviços ainda pedem boletim de ocorrência.
- Muitas mulheres não têm acesso à informação de que podem buscar ajuda em um serviço de aborto legal. É extremamente importante que essa informação seja conhecida e oferecida nas UBS.
- Muitas mulheres não reconhecem que sofreram violência sexual, especialmente quando o estupro é realizado por parceiro íntimo; ou seja, muitas vezes, têm uma gravidez decorrente de um estupro e não o sabem.
- A veracidade do estupro é muitas vezes questionada por profissionais.
- Há casos de profissionais que se recusam a realizar o aborto porque é algo que fere suas crenças – fazem uso do que se chama de objeção de consciência, o que profissionais podem declarar, mas serviços de saúde não. Ou seja, um serviço de aborto legal deve responsabilizar-se e oferecer abortamento independentemente de seus profissionais. É possível realizar denúncia ou recorrer a ouvidorias se o serviço se recusar a oferecer uma alternativa nesses casos.
- Alguns profissionais de atenção primária à saúde (de equipes de UBS) desconhecem os direitos de uma pessoa frente a uma gravidez indesejada e para quais serviços encaminhá-la.
- Muitas vezes, principalmente no caso de gravidez decorrente de estupro, as mulheres sofrem violências nos serviços – como negligência, atendimento tardio, questionamentos repetidos com o intuito de encontrar contradição nos relatos –, o que dá a impressão de que o atendimento em saúde é um inquérito policial.

PERGUNTAS FREQUENTES

- **Quanto tempo, em média, devo ficar no serviço? Tudo será feito em uma só visita?** Nem sempre. Em um primeiro momento, a história é colhida por uma pessoa da assistência social e, às vezes, a mulher passa por uma consulta psicológica. Em seguida, é realizado um ultrassom para avaliar se a data da violência coincide com a idade gestacional e, então, é agendado o procedimento.

- **Posso levar acompanhante? Essa pessoa pode ficar comigo durante a orientação e o procedimento?** Sim. A presença de alguém para acompanhar todas as fases do procedimento é um direito de todas as mulheres determinado pela Lei n.º 11.108/2005, mais conhecida como Lei do Acompanhante.
- **Como a minha privacidade será protegida antes, durante e após o procedimento?** Meus registros médicos serão protegidos? Sua privacidade deve ser protegida antes, durante e após o procedimento, já que qualquer profissional de saúde tem o dever legal e ético de proteger a privacidade da paciente e garantir o sigilo de informações trocadas durante o atendimento. Com exceção de situações em que há consentimento da mulher atendida ou risco para outros pacientes, a quebra do dever de sigilo pode resultar na instauração de procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação e na reparação dos danos causados à paciente.

ABORTO SEGURO E ABORTO INSEGURO

Os abortamentos, mesmo quando realizados na clandestinidade, podem ser seguros. A criminalização aumenta o risco de complicações porque expõe as mulheres a procedimentos inseguros – muitas vezes por desespero ou falta de orientação. No entanto, mulheres que têm acesso a informação de qualidade e a um método seguro de abortamento não têm risco aumentado para sua saúde e podem realizar o procedimento de forma segura.

ACOLHENDO UMA MULHER QUE DESEJA ABORTAR

O abortamento é ilegal na maioria dos casos, mas isso não faz com que ele deixe de acontecer. No Brasil, estima-se que 500 mil mulheres realizam abortamentos a cada ano. Dessas, metade precisa de algum procedimento médico depois de realizar a intervenção. Além disso, estão mais expostas a riscos de infecção, sangramento excessivo e morte, especialmente mulheres pobres e negras e que recorrem a métodos inseguros. Há, portanto, além da pressão para descriminalizar o aborto, um esforço de ONGs e grupos feministas em acolher e escutar essas mulheres, em uma perspectiva de redução de danos, para facilitar seu acesso a um método de aborto seguro e diminuir seus riscos.

Entendemos que é de fundamental importância que esse acolhimento e a difusão de informações sejam papel também dos serviços de saúde, especialmente os serviços da atenção primária (postos de saúde). Sabemos que, ao acolher uma mulher com

gravidez indesejada, temos mais chances de diminuir os riscos para a sua saúde e de oferecer, em seguida, um método contraceptivo adequado, que a ajude a evitar uma segunda gravidez indesejada.

Muitas mulheres buscarão aconselhamento e ajuda com grupos organizados que fornecem informação e acesso a comprimidos abortivos. Infelizmente, não é raro que esses grupos sejam falsos e acabem mandando mensagens violentas e culpabilizadoras com o intuito de dissuadir as mulheres dessa decisão ou até de ameaçá-las. Antes de buscar esses contatos, é importante checar a segurança dos grupos recomendados e sempre usar um meio de comunicação seguro. Também é essencial tomar cuidado com sites que vendem pílulas abortivas, pois muitas vezes são comprimidos falsificados que não funcionam.

ÉTICA PROFISSIONAL

O código penal prevê pena de um a quatro anos de detenção para cada profissional que realize um abortamento clandestino. Não há, no entanto, qualquer pena prevista para profissionais que decidam orientar uma mulher a ter acesso às melhores evidências científicas ofertadas em uma perspectiva de redução de danos.

Omitir informações importantes sabidamente benéficas para a saúde da paciente é ferir seu direito a autonomia e seu acesso a melhores (e mais seguras) práticas terapêuticas. Sob essa perspectiva, segundo o código de ética médico, é antiético deixar de orientar uma mulher que esteja decidida a abortar, ainda que ela não se encaixe nos casos de aborto legal.

PERGUNTAS FREQUENTES

As mulheres e o público em geral estão expostos a diversas informações equivocadas sobre o aborto. Em alguns casos, opositores do direito ao aborto intencionalmente espalham mentiras. O que você confere a seguir são fatos.⁴

- **É seguro fazer um aborto?** Fazer um aborto é seguro e poucas mulheres sofrem complicações – inclusive, uma gestação implica mais riscos para a mulher do que um aborto seguro medicamentoso ou por aspiração. É importante que você saiba que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, os procedimentos utilizados pela medicina para a realização de abortos são de baixa complexidade e de risco de morte quase insignificante.
- **Fazer um aborto vai afetar minha capacidade de engravidar no futuro?** Segundo diversos estudos, abortos realizados de forma segura não representam

praticamente risco algum para o futuro reprodutivo da mulher. Muito raramente, uma infecção pélvica grave pode causar danos nas tubas uterinas, o que pode aumentar o risco de gravidez ectópica ou problemas de fertilidade. Você pode diminuir esse risco procurando tratamento imediato se sentir sintomas de infecção.

- **Fazer um aborto aumenta o risco de câncer de mama?** Não. Em 2003, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos realizou um seminário com mais de cem especialistas do mundo todo para avaliar pesquisas sobre esse assunto. Esses especialistas concluíram que “o aborto induzido não está associado a um aumento do risco de câncer de mama”.⁵
- **Mulheres que abortam sofrem de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), de “síndrome pós-aborto” (SPA) ou de “síndrome de estresse pós-aborto” (SEPA)?** Não. Apesar de opositores do direito ao aborto alegarem que mulheres que fazem o procedimento correm risco de sofrer de SPA ou SEPA, tais síndromes não são reconhecidas por nenhuma organização profissional. Na verdade, estudos mostram que as mulheres frequentemente relatam alívio, emoções positivas e diminuição de estresse após o aborto. Algumas mulheres também descrevem sentimentos de perda, tristeza, raiva, confusão, vergonha e culpa, mesmo quando sabem que tomaram a melhor decisão. O aborto não está associado a sofrimento psicológico de longo prazo.

CASOS DE ADOLESCENTES

Durante a adolescência, as situações de gravidez indesejada são bastante comuns e representam, de acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil,⁶ 66% dos casos. O aborto é permitido nos casos de meninas menores de 14 anos, mas é necessário que um responsável legal esteja ciente e de acordo.

MÉTODOS DE ABORTO

No Brasil, uma a cada cinco mulheres fez ou fará um aborto durante sua vida reprodutiva, mas a criminalização da prática dificulta a obtenção de dados e o acesso a informações sobre os métodos utilizados no aborto clandestino. A descoberta do potencial abortivo do misoprostol pelas mulheres brasileiras na década de 1990 contribuiu muitíssimo para a redução dos abortos inseguros. No aborto clandestino, as mulheres têm acesso a procedimentos considerados seguros (com medicamentos, como misoprostol e mifepristona, e, cirurgicamente, com aparelhos de sucção ou curetagem) ou inseguros (como produtos químicos, objetos perfurantes, sondas), a

depende de sua condição econômica, racial, de classe e gênero. É comum o uso de métodos não farmacológicos, provenientes do conhecimento popular e tradicional, que, fora de seu contexto local e cultural, podem se tornar métodos inseguros.

No aborto legal, os procedimentos são feitos a partir de dois métodos: aspiração a vácuo (também chamado de aborto cirúrgico) ou aborto medicamentoso (também conhecido como aborto com fármacos). Na aspiração a vácuo, a sucção é usada para pôr fim à gravidez. Em um aborto medicamentoso, após a interrupção da gravidez, o saco gestacional é expelido em algumas horas ou dias através do uso de medicamentos.

No Brasil, nos abortos realizados no segundo trimestre, o método mais utilizado é o aborto medicamentoso/farmacológico, que pode ser complementado, após a expulsão fetal, com curetagem ou aspiração uterina segundo as condições clínicas da mulher. O método de aborto a ser utilizado vai depender do tempo de gestação e do histórico médico, incluindo quaisquer condições médicas ou alergias a medicamentos. Deve-se levar em consideração a experiência da pessoa profissional que realizará o procedimento, os equipamentos e suprimentos disponíveis, as abordagens usadas pela equipe médica local e as próprias preferências de quem abortará.

ABORTO MEDICAMENTOSO

Um aborto medicamentoso, também chamado de aborto com fármacos ou farmacológico, consiste na administração de drogas que interrompem uma gravidez de até 12 semanas. Um aborto medicamentoso não é a mesma coisa que usar pílulas anticoncepcionais de emergência. Por exemplo, o levonorgestrel (disponível gratuitamente no SUS e vendido nas farmácias sem necessidade de receita médica com os nomes de Pozato, Diad, Postinor Uno, Minipil 2 post, Neodia) pode ser tomado até três dias após a relação sexual desprotegida para prevenir a gravidez, enquanto o acetato de ulipristal pode ser ingerido até cinco dias depois – contudo, é importante saber que sua eficácia diminui com o passar do tempo.

No Brasil, tanto no contexto do aborto previsto em lei e realizado em hospitais quanto no contexto de abortos clandestinos, utiliza-se, no abortamento farmacológico, o misoprostol. Na maioria dos países onde o aborto é permitido em quaisquer circunstâncias, é utilizada a mifepristona, que é tomada por via oral no consultório médico, e o misoprostol, que normalmente é administrado depois, em casa, pela própria mulher. Em algumas clínicas de aborto no exterior, o metotrexato (injetável), combinado com o misoprostol, é usado como medicamento abortivo.

Aborto medicamentoso com mifepristona

A maioria das clínicas usa a mifepristona em combinação com o misoprostol porque é um método mais eficaz que o metotrexato – o metotrexato, mais barato que a mifepristona, está disponível em algumas clínicas.

O misoprostol é muito seguro e tem cerca de 95 a 98% de eficácia. Em cerca de 2 a 5% dos casos, as mulheres precisarão passar por aspiração a vácuo para concluir o aborto. Isso pode acontecer no caso de as medicações não funcionarem – continuando a gravidez, o que equivale a cerca de 1% das ocorrências –, ou por causa de sangramento severo ou prolongado. Desde setembro de 2000, quando a Food and Drug Administration (FDA), agência federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, aprovou a mifepristona, mais de um milhão de mulheres nos Estados Unidos usaram com segurança a combinação mifepristona/misoprostol. Outros milhões, em todo o mundo, usaram essa medicação desde que ela se tornou disponível na França no final da década de 1980. No Brasil, essa combinação do misoprostol com a mifepristona não é utilizada, pois a mifepristona ainda não está disponível.

A mifepristona age bloqueando a progesterona, hormônio que é necessário para manter a gravidez. Sem progesterona, o embrião se desprende do revestimento uterino. O misoprostol é uma prostaglandina inserida na vagina ou dissolvida na boca que faz com que o colo do útero se dilate, provocando contrações uterinas. O embrião é, então, expelido como se fosse uma menstruação.

Após tomar a mifepristona no consultório, são raros os sintomas de hemorragia, náuseas ou fadiga. Caso você tenha sangramento, é muito importante tomar o misoprostol de acordo com as instruções médicas. A dose de misoprostol a ser utilizada dependerá do tempo de gestação. O misoprostol pode ser utilizado por via vaginal – os comprimidos devem ser umedecidos com água e aplicados nos fundos de sacos laterais da vagina (entre o colo do útero e as paredes laterais vaginais) – ou por via oral sublingual, sendo dissolvidos por 30 minutos. No Brasil, no primeiro trimestre de gravidez, os esquemas de utilização do misoprostol são: 800 mcg por dia, via vaginal, durante dois dias; 400 mcg de 12 em 12 horas ou 200 mcg de seis em seis horas.

Nos casos em que haja a opção por um aborto em casa, deve-se administrar, inicialmente, 800 mcg de misoprostol em dose única e mais 400 mcg após três horas. Cólicas e sangramento, possivelmente mais severos que os da menstruação, em geral começam dentro de algumas horas. Você pode tomar analgésicos encontrados com facilidade em qualquer farmácia, como ibuprofeno ou paracetamol. Muitas mulheres usam bolsas térmicas ou de água quente para aliviar a cólica. Outros efeitos colaterais comuns incluem náuseas, vômitos, diarreia, febre, calafrios ou fadiga. É normal ter mais hemorragia do que em um período menstrual normal e coágulos sanguíneos.

Você pode ver uma membrana fina rosa-claro ou esbranquiçada, que é o saco gestacional. O embrião tem menos de meio centímetro de comprimento nessa fase e é, muitas vezes, envolvido por um coágulo de sangue. Cólicas severas no baixo abdômen normalmente significam que a membrana da gravidez está saindo do útero. As cólicas podem ocorrer em ondas e, geralmente, diminuem depois que a membrana sai (após cerca de quatro horas, mas isso varia de acordo com o corpo de cada

mulher). O sangramento diminui de forma gradual ao longo dos dias seguintes e manchas de sangue leves podem continuar por uma a três semanas.

OPÇÕES DE ABORTO PRECOCE⁷

Aborto medicamentoso (abortamento com misoprostol ou mifepristona + misoprostol)	Aborto por aspiração (abortamento por sucção ou aspiração a vácuo)
De quanto tempo posso estar grávida?	
Até 12 semanas a partir do primeiro dia da sua última menstruação.	De 12 a 16 semanas a partir do primeiro dia da sua última menstruação.
O que vai acontecer?	
<ul style="list-style-type: none"> • O abortamento pode ocorrer em casa ou em hospital em casos de aborto previsto em lei. • Caso apenas o misoprostol esteja disponível, deve-se ter 12 unidades de comprimidos de 200 mcg cada. Se houver mifepristona, deve-se ter uma unidade de comprimido de mifepristona + 6 unidades de comprimidos de 200 mg cada de misoprostol – ou 8 unidades caso a gestação tenha mais de 9 semanas. • Caso o aborto seja realizado somente com misoprostol: iniciar com 4 comprimidos via sublingual e aguardar 30 minutos para diluição. Após 3 horas, repetir com 2 comprimidos e assim sucessivamente até que ocorra o abortamento. • Caso seja realizado com mifepristona e misoprostol: iniciar com administração via oral do único comprimido de mifepristona. Após exatas 24 horas, iniciar a administração do misoprostol com 4 unidades sublinguais e aguardar 30 minutos para diluição. Após 3 horas, repetir com 2 comprimidos e assim sucessivamente até que ocorra o abortamento. • O aborto começa no período de 1 a 4 horas depois do uso do misoprostol. Você poderá ter sangramento e cólicas por algumas horas. • Você poderá sentir cólicas e ter um leve sangramento pelos próximos dias. • Você poderá realizar um ultrassom 10 dias depois para certificar-se de que o aborto está completo. 	<ul style="list-style-type: none"> • O aborto acontece em uma clínica ou em hospital em casos de aborto previsto em lei. • O procedimento de aborto leva de 5 a 10 minutos. • Você receberá um sedativo para permanecer sedada durante o procedimento. • A médica ou médico insere instrumentos (um espécúlo e um aspirador manual intrauterino) em sua vagina e em seu útero para remover o saco gestacional. • Depois de despertar da sedação, você poderá sentir cólicas e terá um leve sangramento pelos próximos dias.

Aborto medicamentoso (abortamento com misoprostol ou mifepristona + misoprostol)	Aborto por aspiração (abortamento por sucção ou aspiração a vácuo)
O aborto dói?	
É comum e esperado sentir cólicas, que variam de leves a muito fortes durante um aborto medicamentoso. Analgésicos, bolsa de água quente ou banho quente podem ajudar.	É comum que o aborto cirúrgico seja realizado com sedação para evitar dores.
Quanto sangramento terei?	
A hemorragia intensa com coágulos é comum durante o período final do abortamento. Depois disso, um leve sangramento pode continuar – ou não – por 1 a 2 semanas ou mais.	A maioria das mulheres têm hemorragias leves pelo período de 1 a 7 dias. A hemorragia pode continuar por algumas semanas.
Quanto custa?	
Para ambos os tipos de aborto, o custo exato depende do local onde o procedimento for realizado. No Brasil, o aborto legal é gratuito no SUS.	
O aborto pode falhar?	
Os comprimidos funcionam em 95 a 98% das vezes. Se os comprimidos falharem, você poderá repetir o procedimento depois de alguns dias ou fazer um aborto por aspiração.	Funciona em 99% das vezes. Se o procedimento falhar, você terá que repetir a aspiração.
Ainda posso engravidar depois?	
Sim. Nenhum tipo de aborto diminui as suas chances de engravidar ou de ficar grávida no futuro.	
É seguro?	
Ambos os comprimidos são usados com segurança em todo o mundo para a interrupção de gestações, em abortos seguros, clandestinos ou não. Problemas sérios são raros. O aborto medicamentoso acarreta pelo menos dez vezes menos risco de complicações de saúde em comparação com a continuidade de uma gravidez.	O aborto por aspiração tem sido feito com segurança há cerca de 40 anos. O aborto nas primeiras oito semanas é o mais seguro, e problemas com qualquer aborto no primeiro trimestre são raros. O aborto cirúrgico traz dez vezes menos risco de complicações de saúde em relação a continuar uma gravidez.

Aborto medicamentoso (abortamento com misoprostol ou mifepristona + misoprostol)	Aborto por aspiração (abortamento por sucção ou aspiração a vácuo)
Quais são as vantagens?	
<ul style="list-style-type: none"> • Você não terá que tomar injeções, anestesia ou ter instrumentos colocados em seu corpo. • Pode parecer mais natural, como um aborto espontâneo. • Pode ser feito mais cedo na gravidez do que um aborto por aspiração. • Estar em casa em vez de estar em um consultório pode te dar mais privacidade e autonomia. • Você pode escolher ter alguém com você ou pode ficar sozinha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acaba em poucos minutos. • Você vê menos sangramento do que veria em um aborto medicamentoso. • Os membros da equipe médica estão com você durante o aborto. • Pode ser feito mais tarde na gravidez do que um aborto medicamentoso. • Pode custar muito mais caro em países onde o aborto ainda é considerado crime.
Quais são as desvantagens?	
<ul style="list-style-type: none"> • Demora de um a dois dias para completar o aborto. • Não é igual para todas as mulheres. • A hemorragia pode ser muito intensa e durar mais tempo do que em um aborto por aspiração. • As cólicas podem ser graves e durar mais tempo do que em um aborto por aspiração. • Não pode ser feito tão tarde no primeiro trimestre de gravidez como um aborto por aspiração. • Não pode interromper uma gravidez tubária. 	<ul style="list-style-type: none"> • É mais invasivo, já que instrumentos são inseridos através da vagina até o útero. • Medicamentos anestésicos e analgésicos podem causar efeitos colaterais. • Você tem menos controle sobre o procedimento de aborto e, talvez, sobre quem está com você. • O aspirador a vácuo pode ser barulhento. • Não pode ser feito tão cedo na gravidez como um aborto medicamentoso. • Não pode interromper uma gravidez tubária.

Embora complicações sejam raras, se você tiver sangramento severo (o suficiente para ser absorvido por dois ou mais absorventes grandes a cada hora por duas horas consecutivas), dor abdominal aguda, dor na parte inferior das costas ou febre de pelo menos 38 °C que dure mais de quatro horas, é importante procurar um serviço de saúde. Um aborto provocado com comprimidos tem sintomas muito semelhantes aos de um aborto espontâneo, então, profissionais da saúde dificilmente poderão afirmar que se trata de um aborto.

Caso você tenha uma pessoa profissional de saúde de sua confiança, poderá deixar agendada uma consulta para fazer um exame físico, ultrassom ou teste de gravidez no sangue dez dias após o procedimento para confirmar que o aborto está completo.

Se a gravidez continuar, pode ser feito um aborto por aspiração a vácuo ou um novo procedimento medicamentoso.

Você provavelmente terá a sua próxima menstruação no período de quatro a seis semanas após o uso do misoprostol. Algumas mulheres sentem que essa primeira menstruação após um aborto medicamentoso é mais forte ou tem mais coágulos do que o normal. Uma pequena porcentagem de mulheres tem um episódio extra de sangramento severo cerca de três a cinco semanas após o misoprostol.

Experiências de mulheres que fizeram um aborto medicamentoso

No Brasil, as porcentagens referentes aos métodos utilizados para a realização de abortos induzidos são desconhecidas e certamente variam de uma região do país para outra. O misoprostol não está disponível para venda nas farmácias brasileiras, mas, popularmente, conhece-se seu uso para o aborto medicamentoso. É possível imaginar que, entre as razões para o uso desse método para a indução de um aborto, estão o desejo de evitar um procedimento cirúrgico invasivo, a percepção de que é melhor, mais fácil ou mais “natural” (“é como um aborto espontâneo”), a acessibilidade e o valor (menor que o de uma clínica).

Trata-se de um procedimento muito pessoal e privado que me permitiu ter algum controle sobre esta difícil situação. Não é um procedimento para todas as mulheres. A hemorragia e as cólicas duram mais tempo (do que em um aborto por aspiração) e são um pouco imprevisíveis. O mais difícil é a espera entre a tomada da medicação e o término do aborto.

A aspiração teria sido mais rápida. No entanto, para mim, foi melhor porque sou mais reservada. Estava confortável em minha própria casa. Apesar de ter tido efeitos colaterais, foi um procedimento mais fácil, tanto emocional quanto fisicamente.

O aborto medicamentoso no mundo

O aborto medicamentoso com misoprostol tem grande potencial de tornar o aborto mais seguro e mais acessível em lugares nos quais a aspiração a vácuo não é amplamente disponível e onde o aborto é ilegal ou severamente condenado. No Brasil, mesmo sendo uma medicação utilizada na área da obstetrícia, seu uso é restrito a estabelecimentos hospitalares e sua venda não é realizada em farmácias, sendo, por isso, encontrado no mercado clandestino. Em muitos países do mundo, o misoprostol é amplamente disponível e barato em farmácias, o que permite que as mulheres o usem, sem a mifepristona, para induzir um aborto. Se usado de forma correta, o misoprostol, sozinho, tem uma eficácia de 80 a 85% na interrupção de uma gravidez de menos de nove semanas.

Os sintomas e a experiência são semelhantes aos de um aborto com a combinação mifepristona/misoprostol, embora as cólicas possam ser mais intensas e o aborto possa demorar mais tempo. O uso do misoprostol pode resultar em um aborto incompleto (alguns tecidos ou sangue permanecem no útero), especialmente se o medicamento não for utilizado de modo correto. No entanto, uma vez que uma mulher começa a sangrar, pode ir a um hospital e dizer que está tendo um aborto espontâneo; os sinais e o tratamento para um aborto espontâneo são idênticos aos de um aborto incompleto.

O uso do misoprostol para induzir o aborto é generalizado, sobretudo na América Latina e nas Filipinas, onde o procedimento é legalmente restrito e os serviços seguros não estão amplamente disponíveis. Algumas mulheres nesses países conseguiram o misoprostol com amigos e famílias de outros países e o usaram com sucesso.

O misoprostol é muito mais seguro do que o uso de instrumentos, ervas ou outros métodos que as mulheres podem usar para tentar interromper a gravidez indesejada quando não há recursos seguros. Por oferecer uma opção de aborto seguro para milhões de mulheres que, de outra forma, estariam em risco de ferimentos ou morte por métodos de aborto inseguros, algumas ativistas estão trabalhando para divulgar informações sobre o uso seguro do misoprostol na internet.⁸

ABORTO POR ASPIRAÇÃO A VÁCUO

Nos serviços de aborto legal no Brasil, a escolha do tipo de método para abortamento é uma decisão feita pela mulher junto a profissionais de saúde. Por isso, é preciso oferecer todos os métodos disponíveis para que a mulher esteja o mais informada possível e tenha liberdade e plena consciência sobre a sua decisão. No aborto por aspiração a vácuo, o conteúdo do útero é removido por sucção (aspiração), que é aplicada através de uma cânula, um tubo fino que é inserido no útero e conectado a uma fonte de sucção, que pode ser uma bomba elétrica ou um aspirador manual intrauterino (AMIU), semelhante a uma seringa de mão.

O aborto por aspiração a vácuo é um procedimento médico seguro. Cerca de uma em cada 300 mulheres que realizam um aborto a vácuo nas primeiras 12 semanas de gravidez experimenta uma complicação que requer hospitalização. O risco de morte por aborto é sempre menor do que o risco de morte envolvido na gravidez. No entanto, a idade gestacional (o tempo de gravidez) é o fator de risco mais importante na morte por aborto: quanto mais adiantada for a gestação, maiores são as chances de hemorragia. Para os abortos com menos de oito semanas, o risco de morte é menor que um em um milhão se comparado com nove em cada 100 mil no aborto com 21 semanas. Essa é uma razão pela qual é importante realizar o aborto o mais cedo possível.

Antes de iniciar o procedimento, a médica ou o médico fará um exame pélvico para verificar o tamanho e a posição do seu útero. Em algumas clínicas, o ultrassom

pode ser usado antes do procedimento, para confirmar com quanto tempo de gravidez você está, ou durante ou depois, para garantir que o útero foi esvaziado. Se este for seu primeiro exame pélvico, informe a sua médica ou seu médico e sinta-se livre para fazer perguntas. Respirar fundo, devagar, e ficar o mais relaxada possível pode tornar o exame mais confortável. Em seguida, a médica ou o médico irá inserir um espécuro na sua vagina para separar as paredes vaginais e visualizar o colo do seu útero. Embora você possa sentir uma pressão, não deve doer. Peça para ajustar o espécuro se sentir algum incômodo.

Depois de lavar o colo do útero com uma solução antisséptica, a médica ou o médico colocará um tenáculo (um instrumento longo e fino) no colo do útero. Esse instrumento permite manter o colo uterino na posição correta durante o aborto – você pode sentir uma picada ou uma cólica quando ele for inserido. Em alguns serviços, um sedativo é administrado para que a pessoa se mantenha sedada durante todo o procedimento; já em outros, uma solução anestésica local é injetada em torno do colo do útero em dois ou mais lugares. Embora muitas mulheres fiquem apreensivas com esse procedimento, as injeções no colo do útero são geralmente menos dolorosas do que as injeções em outras partes do corpo. Você pode sentir pressão, uma picada, mas também pode não sentir sensação alguma. À medida que o medicamento é injetado no colo do útero, você também pode sentir uma ligeira sensação de queimação, bem como breves cólicas e náuseas. Algumas mulheres ouvem zumbidos ou sentem formigamento nos lábios ou na língua.

Quando o colo do útero estiver anestesiado, a médica ou o médico vai estender pouco a pouco a abertura do colo uterino, inserindo e removendo dilatadores de tamanhos crescentes. Você provavelmente vai sentir uma pressão e algumas cólicas. A dilatação demora, em geral, menos de dois minutos. Em seguida, a cânula (um tubo estéril) é inserida através do colo do útero até o útero. O tamanho da cânula depende do tempo de gravidez: pode variar de um canudinho de bebida a uma grande caneta (meia polegada). A médica ou o médico conecta a cânula a um dispositivo de vácuo manual ou a um dispositivo de vácuo elétrico. Depois, move a cânula para trás e para a frente para extrair o tecido da gravidez. Se uma máquina a vácuo (aspiração a vácuo elétrica) for utilizada, você pode ouvir o zumbido que ela produz e um ruído quando a cânula é removida. A aspiração a vácuo portátil leva apenas alguns minutos.

Caso não tenha sido sedada, você vai sentir cólicas quando o útero estiver se contraindo e se esvaziando. As contrações são importantes porque comprimem os vasos sanguíneos do útero. As cólicas podem variar de leves a intensas, mas geralmente diminuem logo após a remoção da cânula ou nos minutos seguintes. Depois de limpar a vagina e verificar possível sangramento, a médica ou o médico removerá o espécuro e examinará o tecido para ter certeza de que a gravidez foi completamente removida. Às vezes, as mulheres pedem para ver o tecido da gravidez – peça se você quiser ver.

Uma enfermeira vai se certificar de que você está se sentindo bem. Então, você pode ser encaminhada para uma sala mais confortável para sentar-se ou deitar-se por um tempo.

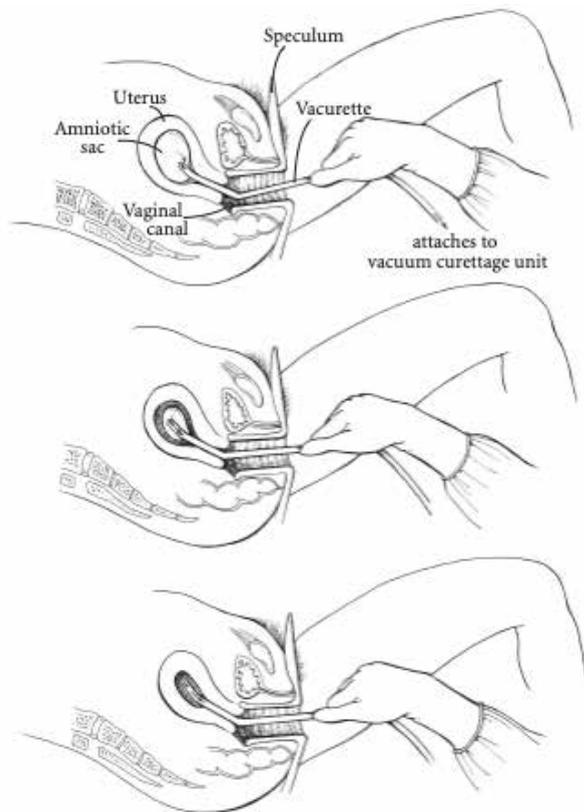


Figura 1 – Aborto, aspiração a vácuo. © Casserine Toussaint.

CONTROLANDO A DOR E A ANSIEDADE

Embora seja natural sentir-se assustada ou ansiosa em relação a dor durante qualquer procedimento de aborto, saiba que a maioria das mulheres acha as cólicas toleráveis. Se você está tendo um aborto medicamentoso em casa, pode procurar um lugar confortável para ficar, onde possa se deitar e que esteja perto de um banheiro. Use almofadas para apoio e tente encontrar uma posição confortável. Uma bolsa térmica ou de água quente pode ajudar a aliviar as cólicas, assim como uma respiração rítmica profunda, que você pode fazer por conta própria ou com a ajuda de uma pessoa, pode ajudar a reduzir a dor e a ansiedade.

O ibuprofeno é geralmente o analgésico mais eficaz para as cólicas em um aborto farmacológico. Você também pode utilizar outros anti-inflamatórios não esteroides, como naproxeno, diclofenaco ou paracetamol. A aspirina não é recomendada, pois

pode aumentar o sangramento. Não use ácido mefenâmico ou antiespasmódicos como remédios para cólica, já que o misoprostol contrai o útero, eliminando a gravidez, e o ácido mefenâmico e os antiespasmódicos podem interferir no processo de aborto.

Para a aspiração a vácuo, uma anestesia local é injetada no colo do útero, o que ajuda a aliviar a dor que pode ocorrer durante a dilatação (abertura) do colo do útero. Alguns serviços utilizam medicamentos por vezes denominados “sedação intravenosa moderada” ou “sedação consciente”, que são diferentes da anestesia geral.

Difícilmente uma clínica oferecerá anestesia geral para as mulheres durante o aborto. A anestesia geral pode, em casos raros, causar complicações, como problemas respiratórios, atonia uterina (falha na contração normal dos músculos uterinos) e mais sangramento – por isso, geralmente, não é realizada em abortos. Como cada uma de nós experimenta e lida com a dor de forma diferente, é importante sanar suas dúvidas sobre os métodos de abortamento seguro que estão disponíveis com alguma pessoa profissional de saúde, de modo que possa escolher o que considerar que funciona melhor para você.

ABORTO DEPOIS DO PRIMEIRO TRIMESTRE

As mulheres abortam mais tarde por uma série de razões: desconhecimento da gravidez ou do tempo da gestação; dificuldade de acessar os serviços de aborto legal; dificuldade de angariar dinheiro para um aborto clandestino precoce; indecisão sobre como lidar com uma gravidez não planejada; problemas de saúde que diminuem ou pioram durante a gravidez; anomalias graves detectadas no feto, entre outras. No contexto de clandestinidade, o custo do aborto aumenta ao longo do segundo trimestre – seja cirúrgico, em uma clínica clandestina, seja pela maior quantidade de medicamentos necessários. Além disso, esses abortos requerem mais tempo de folga do trabalho ou da escola e podem exigir longas distâncias de viagem para um auxílio seguro, como é o caso das cidades distantes das capitais, onde geralmente estão centralizados os serviços de aborto legal. Embora os riscos de ocorrência de complicações aumentem à medida que a gravidez avança, suas taxas ainda são bastante baixas.

No Brasil, o método mais comum de aborto no segundo trimestre de gestação, seja no contexto clandestino ou nos serviços de aborto legal, é o medicamentoso. Após a expulsão fetal, o aborto é complementado com curetagem ou aspiração uterina. Poucos abortos de segundo trimestre são feitos por meio de microcirurgia ou microcesárea, que deve ser reservada para condições excepcionais.

Muitas mulheres preferem o aborto por dilatação e evacuação porque é mais rápido, não requer hospitalização e tampouco a experiência de estresse físico e emo-

cional do procedimento medicamentoso. Algumas mulheres, no entanto, preferem um aborto induzido pelas mesmas razões que aquelas que escolheram o aborto medicamentoso no primeiro trimestre. Ocasionalmente, as mulheres que terminaram uma gravidez desejada (porque surgiram problemas inesperados) decidem se submeter ao procedimento de indução a fim de segurar o feto e despedir-se dele. Isso também pode ser possível após alguns procedimentos de dilatação e evacuação.

DILATAÇÃO E EVACUAÇÃO

O processo de dilatação e evacuação (D&E) é semelhante, em muitos aspectos, ao procedimento de aspiração a vácuo. Quando o tempo de gravidez é maior, no entanto, o colo do útero precisa de mais abertura para permitir que o tecido da gravidez – que também já está maior – passe, o que requer que o médico dilate o colo do útero antes do procedimento. O processo de preparação cervical pode ser feito em qualquer lugar, com antecedência de algumas horas na gravidez até o segundo trimestre e com antecedência de um a dois dias para procedimentos posteriores.

Existem dois métodos principais de preparação cervical: os dilatadores de Denistonn – ou velas de Hegar – e o misoprostol, um dos medicamentos usados no aborto medicamentoso. Os dilatadores de Denistonn são mais leves e efetivos do que os dilatadores de metal – são projetados para reduzir o risco de perfuração e requerem menos força. Depois da introdução da cureta, faz-se a raspagem da cavidade uterina, extraindo-se o material despreendido – a colocação demora apenas alguns minutos. A dilatação cervical é realizada nos casos de o colo uterino estar fechado ou pouco dilatado. É provável que você sinta pressão ou cólicas intermitentes à medida que o seu colo do útero se dilata. Nas gestações superiores a 12 semanas, deve-se realizar a indução farmacológica com misoprostol.

Uma vez inseridos os dilatadores, você não deve tocar nem colocar dedos na vagina, esfregar a barriga ou fazer uma massagem; os dilatadores são removidos no momento do abortamento. É importante fazer acompanhamento médico até a finalização total do aborto.

Outra maneira de preparar o colo do útero é através da utilização do medicamento misoprostol, uma prostaglandina que amolece o colo do útero. Quando o aborto medicamentoso é realizado por uma pessoa profissional de saúde, os comprimidos de misoprostol são colocados na vagina algumas horas antes do aborto. Os efeitos colaterais com as doses utilizadas para a preparação cervical não são comuns, mas podem incluir cólicas, náuseas, diarreia ligeira, arrepios e/ou febre. Às vezes, os dilatadores e o misoprostol são utilizados de forma combinada, particularmente para abortos tardios ou para o procedimento de D&E intacto. Em alguns países, nos abortos tardios (após cerca de 20 semanas), pode ser dada uma injeção no abdômen para garantir a morte fetal antes de o procedimento ser iniciado. É comum, nos serviços de aborto legal no

Brasil, fazer a preparação da dilatação do colo do útero e a expulsão espontânea da gravidez, sem a evacuação manual.

Recomenda-se, para D&E, o uso de medicamentos para dor ou sedativos mais fortes do que os usados para uma aspiração a vácuo, além de anestesia local no colo do útero. Se necessário, serão usados instrumentos de dilatação para ampliar ainda mais a abertura cervical. Em seguida, a médica ou o médico remove o saco gestacional (feto e placenta) com aspiração a vácuo, fórceps e uma cureta. Isso leva alguns minutos e você pode sentir uma pressão e algumas fortes cólicas com o esvaziamento do útero.

ABORTO INDUZIDO

O aborto induzido é realizado com medicamentos que fazem o útero se contrair e expelir o saco gestacional com o embrião. Após certo ponto da gestação (geralmente em torno de 24 semanas), não se pode realizar o procedimento de D&E ou aspiração, de modo que a única opção é um aborto induzido. A experiência é semelhante ao trabalho de parto prematuro, mas, como o feto é menor que um bebê de gestação completa, o procedimento pode durar menos tempo. Contrações dolorosas podem ocorrer por várias horas ou até por um dia ou mais. O procedimento é feito em ambiente hospitalar para garantir a devida qualidade no atendimento; portanto, você pode ficar na mesma enfermaria onde mulheres estão dando à luz. Se possível, traga uma pessoa para apoiá-la e para ajudá-la a garantir que você vai receber o melhor tratamento possível.

A preparação para um aborto induzido é semelhante à preparação utilizada no procedimento de D&E. Você fará exames de sangue e um ultrassom, e a médica ou o médico poderá usar dilataadores para preparar o colo do útero.

Os medicamentos para induzir o aborto podem ser utilizados de diversas maneiras. Nos hospitais no Brasil, os comprimidos de misoprostol são inseridos na vagina e ocitocina intravenosa pode ser administrada. Para abortos posteriores, uma injeção no abdômen pode ser dada para garantir a morte fetal. Embora isso possa parecer assustador, o abdômen é anestesiado antes da injeção e você provavelmente vai sentir apenas uma ligeira cólica quando a agulha entrar no útero.

A experiência de cada mulher é diferente. As contrações iniciais podem causar cólicas amenas, que vão se tornar mais intensas em seguida. É possível que o saco amniótico se rompa espontaneamente e que você sinta um jorrar de líquido quente da vagina. Mais tarde, poderá sentir também muita pressão na área retal à medida que o feto for expelido. Se a placenta não sair dentro de algumas horas, poderá ser feita uma sucção ou uma curetagem para removê-la.

Para a dor, podem ser administrados medicamentos fortes, sedativos ou anestesia epidural (anestesia normalmente utilizada no parto). Exercícios de relaxamento, res-

piração profunda e o apoio de uma pessoa amiga podem ajudar a tornar as contrações mais fáceis de suportar. Medicamentos também estarão disponíveis para controlar os efeitos secundários mais comuns, como náuseas, vômitos e febre. Você deve ficar o mais confortável possível durante o processo de aborto; por isso, se precisar, peça apoio ou mais medicação para a dor.

CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

Depois de uma aspiração a vácuo ou de um procedimento de D&E, você deve ser levada para uma área de recuperação para descansar. O pessoal de enfermagem verificará periodicamente seus sinais vitais e o sangramento – é normal sangrar de forma moderada ou até mesmo expelir pequenos coágulos. A intensidade da cólica geralmente diminui durante a primeira meia hora. Dependendo do procedimento, do tipo de anestesia que receberá e de como está se sentindo, você poderá ficar na área de recuperação pelo período de 20 minutos a uma hora ou mais. Se o procedimento for feito com sedação por via intravenosa ou anestesia geral, você precisará de alguém para acompanhá-la até sua casa.

Antes de deixar o hospital, informe-se sobre o que esperar nos próximos dias e sobre quais sinais podem indicar uma complicação. Lembre-se de anotar o número de telefone de emergência ou do hospital de referência onde realizou o procedimento para ligar em caso de problemas. Você também pode receber antibióticos para prevenir infecções e um medicamento para ajudar a minimizar a hemorragia (evite a ingestão de álcool, que pode aumentar a hemorragia). Também evite colocar qualquer coisa na sua vagina – como absorventes internos – e não tenha relações sexuais por cinco dias após o aborto; como o colo do útero está aberto, há maior chance de uma infecção durante esse período.

Recursos para apoio

Além de familiares e amigos, existem organizações de saúde e grupos feministas que oferecem apoio a mulheres que estão considerando fazer ou já fizeram um aborto. Esses locais oferecem apoio a mulheres e familiares em todos os aspectos da gravidez e na tomada de decisões sobre aborto, adoção e parentalidade. É possível contar com aconselhamento confidencial e sem julgamento, além de apoio antes e depois do aborto. Alguns exemplos são:

- Projeto Vera – (81) 98580-7506
- Eu Cuido – (61) 99208-6526
- Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – (11) 99622-5948

Você também pode ser aconselhada a descansar e evitar trabalho pesado e extenuante. É importante se cuidar, mas o trabalho, a escola e as circunstâncias familiares podem dificultar que você siga essas recomendações. Além disso, nenhum estudo mostrou que essas atividades realmente aumentam o risco de complicações após um aborto. O melhor guia é ouvir o seu corpo e usar o bom senso.

Como você pode engravidar novamente pouco depois de um aborto, mesmo antes da sua primeira menstruação, é importante usar contraceptivos confiáveis se você não quiser outra gravidez.

É importante marcar uma consulta de retorno no período entre duas e três semanas após o aborto. Nessa visita, a médica ou o médico verificará como você está emocional e fisicamente. A maioria das mulheres se sentem bem e não têm quaisquer problemas após um aborto, mas também é normal sentir cansaço e/ou ter cólicas por vários dias. O sangramento varia de nenhum fluxo a um fluxo leve ou moderado, que pode parar e, em seguida, começar de novo. Alguns sinais de gravidez (como náuseas) geralmente melhoram em um ou dois dias, enquanto outros (como dor nos seios) podem levar uma ou duas semanas para passar. Caso seja possível, realizar um ultrassom transvaginal dez dias após a realização do procedimento é um recurso a mais para garantir que o aborto foi realizado por completo.

Emocionalmente, a maioria das mulheres relatam sensação de alívio após um aborto, mas também é perfeitamente normal a alternância de sentimentos positivos e negativos. A decisão de interromper uma gravidez pode ser triste ou estressante, e o estigma alimentado por aqueles que se opõem ao direito ao aborto podem ser perturbadores. Uma mulher descreve essa experiência, que viveu quando engravidou aos 19 anos:

Eu sabia que não queria levar a gravidez adiante desde o momento em que a descobri, mas fiquei sobrecarregada com imagens em todos os lugares me dizendo que era “errado” considerar o aborto. Quando procurei informações na internet, fui bombardeada por sites religiosos com imagens brutais de fetos abortados. Quando tentei pedir ajuda aos meus amigos, eles me disseram que estavam “muito entusiasmados” e mal podiam esperar para que eu tivesse o bebê. Meu namorado dizia o quanto queria um filho. Ninguém me perguntou o que eu queria. Me senti privada da escolha, como se o meu corpo estivesse sendo controlado por todos, menos por mim. Meus sonhos de ir para a faculdade e me mudar acabariam por causa de um erro. Por fim, me dei conta. Não podia me dar ao luxo de me importar com o que os outros pensavam. Queria a minha vida de volta. Se isso era ser egoísta, então eu estava disposta a ser egoísta. Que tipo de mãe seria eu, afinal? No dia seguinte, marquei uma consulta, mas foi difícil; chorei muito. Isso, no entanto, foi há dois anos e vou acabar a faculdade daqui a alguns meses. O mais importante é que digo a mim mesma todos os dias que fiz a escolha certa, e sei no meu coração que fiz.

ATENÇÃO A SINTOMAS APÓS UM ABORTO

No caso de haver problemas, as melhores fontes de informações ou cuidados são, em geral, serviços de saúde ou profissionais dessa área. Se necessitar de cuidados médicos e não puder recorrer novamente ao hospital onde realizou o procedimento, procure o melhor hospital na região onde mora e vá acompanhada por uma pessoa de confiança.

As complicações relacionadas com o aborto são raras, mas podem acontecer. Veja, a seguir, uma lista de sintomas que podem indicar um problema. Se você tiver algum desses sintomas ou outras preocupações, procure ajuda imediatamente.

HEMORRAGIA SEVERA

Todas as mulheres sangram durante um aborto. Em casos raros, algumas mulheres sangram mais do que seria considerado seguro. A melhor maneira de saber se você está sangrando muito depois de um aborto é contando o número de absorventes que está usando e a quantidade e o tamanho de coágulos que identificar. Procure o serviço de saúde ou a pessoa que te atendeu se encher dois absorventes noturnos por hora durante três horas seguidas, se observar coágulos grandes ou se começar a se sentir tonta.

A principal maneira de seu útero controlar a hemorragia após um aborto é contraindo os vasos sanguíneos. Se o seu útero não conseguir se contrair (atonía uterina) ou se algum tecido fetal ou placentário ainda estiver no útero (tecido retido ou aborto incompleto), pode ocorrer hemorragia intensa. Muito raramente, uma hemorragia excessiva pode resultar de uma lesão uterina durante o aborto. De toda forma, caso suspeite de sangramento excessivo, é importante buscar ajuda médica em uma clínica ou em um pronto-socorro.

DOR

A cólica uterina é normal após qualquer tipo de aborto, mas a dor pélvica persistente ou grave pode indicar um problema. Entre em contato com sua médica ou médico caso uma dor intensa persista mesmo depois de ter usado compressas térmicas e tomado analgésicos.

A causa mais comum de dor grave é uma infecção. A maioria das infecções são leves e podem ser tratadas em casa com antibióticos prescritos pela pessoa profissional de saúde. A dor após o procedimento também pode ser causada por tecido fetal ou placentário retido (aborto incompleto) ou coágulos. Se o tecido ou os coágulos não forem eliminados sozinhos, você pode precisar de medicação ou aspiração a vácuo para esvaziar seu útero.

Em casos raros, a dor também pode indicar gravidez ectópica (quando um embrião é implantado fora do útero, mais comumente na trompa de Falópio). Uma

gravidez em crescimento pode esticar e romper a tuba uterina, causando dor intensa e hemorragia no seu abdômen. Embora a gravidez ectópica seja rara, apresenta sérios riscos para a saúde e requer cuidados médicos imediatos. Uma gravidez ectópica não é removida por aspiração a vácuo ou por aborto medicamentoso com mifepristona – é geralmente tratada com metotrexato ou cirurgia. Em casos muito raros, a dor intensa sem uma febre que a acompanhe pode ser sinal de uma infecção letal causada pela bactéria *Clostridium sordellii*.

FEBRE

Se você tiver febre de 38 °C ou mais, pode estar com uma infecção – o misonprostol pode causar uma febre de curto prazo. No entanto, se a sua temperatura permanecer elevada durante muitas horas ou se sentir dores graves na região pélvica, é necessário ir a um serviço de saúde.

SINTOMAS DE GRAVIDEZ PERSISTENTES

Os sintomas de gravidez, como náuseas, inchaço ou sensibilidade mamária, normalmente desaparecem dentro de uma ou duas semanas após um aborto. Se esses sintomas persistirem, você talvez ainda esteja grávida e deve visitar um serviço de saúde. Fazer um único teste de gravidez em casa não é útil, porque você pode continuar a testar positivo por quatro a seis semanas após um aborto completo devido a hormônios da gravidez que ainda estão em seu corpo. Caso não tenha acesso ao serviço de saúde, poderá realizar dois testes de beta hCG (de sangue) quantitativos, com um intervalo de três dias entre eles, e verificar se a taxa desse hormônio está caindo. Além disso, se você começou a usar um anticoncepcional hormonal (pílula, adesivo ou anel vaginal) logo após o aborto, saiba que esses métodos podem causar sintomas semelhantes aos de uma gravidez, particularmente durante os primeiros meses de uso. Em casos de dúvida, o ideal é realizar um ultrassom.

APÓS UM ABORTO

No Brasil, é comum que mulheres abortem e não avisem a profissionais de saúde de referência. Por conta da clandestinidade do procedimento, muitas mulheres perdem a chance de receber qualquer forma de apoio em seus processos reprodutivos, como informações adequadas sobre aborto seguro, gravidez e contracepção. A maioria dos métodos contraceptivos podem ser iniciados logo após um aborto.

Não se esqueça de que os preservativos são o único método de controle da natalidade que também protege contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

COMO INICIAR CONTRACEPÇÃO APÓS UM ABORTO

Método contraceptivo	Aspiração, D&E ou indução	Aborto medicamentoso
	Quando começar	
Pílula, sistema transdérmico (adesivo), anel vaginal, implante, Depo-Provera	No dia do aborto ou até cinco dias depois.	No dia do uso de misoprostol ou no prazo de cinco dias depois. Com forte sangramento, você pode esperar de dois a três dias para utilizar o anel vaginal.
Dispositivo intrauterino (DIU)	Imediatamente após o aborto ou em uma visita de acompanhamento.	A qualquer momento após uma visita de acompanhamento. O fim da gestação deve ser confirmado.
Diafragma ou capuz cervical	Depois de um aborto no primeiro trimestre, você pode usar o diafragma imediatamente. Após um aborto no segundo trimestre, espere quatro semanas para colocar um diafragma ou capuz cervical.	Assim que resolver ter penetração vaginal.
Preservativo vaginal ou peniano	Assim que retomar relações vaginais.	
Percepção de fertilidade	Espere três ciclos para observar e certificar-se de que seu padrão normal foi retomado – use um método de segurança até lá.	
Esterilização	A qualquer momento, basta estar decidida.	

AS TRAJETÓRIAS DA LUTA PELO DIREITO AO ABORTO NO BRASIL⁹

As conquistas de marcos legais nacionais e internacionais para a garantia dos direitos humanos das mulheres foram resultado de uma intensa luta do movimento feminista. Entre as pautas centrais, estão a descriminalização e a legalização do aborto como direitos fundamentais para a autonomia das mulheres e de pessoas gestantes.

Desde a década de 1960, o debate sobre a legalização do aborto passou a ser central para o movimento feminista em muitos países do Norte, enquanto, no Brasil, o movimento de mulheres tinha como principal foco a luta contra a ditadura militar.

Foi entre o fim dos anos 1970 e o início dos anos 1980 que o debate sobre o aborto passou a ganhar força no movimento feminista brasileiro. Durante todo o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, houve intensa resistência do movimento feminista para impedir o sucesso de estratégias para criminalizar a prática do aborto em qualquer situação, incluindo o risco de vida da mulher gestante e os casos de gravidez resultante de estupro.

Nesse período, a mobilização feminista foi capaz de impedir a inserção da expressão “direito à vida desde a concepção” na Constituição, evitando que setores conservadores articulassem a criminalização do aborto em todas as situações.¹¹

No âmbito internacional, na década de 1990, por atuação do movimento feminista e de mulheres brasileiras, foram firmados marcos normativos necessários para a construção de políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil.

Foi durante a Conferência sobre População e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas, realizada no Cairo, em 1994, e ao longo da IV Conferência Mundial da Mulher, no ano de 1995, em Beijing, que o conceito de direitos sexuais e direitos reprodutivos se consolidou. Mulheres e homens foram reconhecidos como sujeitos do direito básico de “decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer”.¹²

Entretanto, se o período logo após a edição da Constituição foi marcado por importantes conquistas no campo dos direitos das mulheres e por intensificação do diálogo de movimentos sociais – em particular dos grupos feministas – com o Congresso Nacional, nos últimos anos, os obstáculos impostos por forças contrárias ao aborto têm se intensificado. Desde os anos 2000, temos verificado que o Poder Legislativo deixou de assumir sua responsabilidade de enfrentar os efeitos da criminalização do aborto sobre a vida das mulheres, especialmente negras, jovens e pobres. Observamos apenas um crescimento de propostas legislativas que têm como objetivo restringir ainda mais o direito à interrupção da gravidez, enquanto propostas para a sua ampliação são quase inexistentes.¹³

Como resultado, o processo legislativo é muitas vezes compreendido pelo movimento feminista como uma ferramenta incapaz de reconhecer, dar vigência e eficácia ao exercício dos direitos das mulheres, em especial os direitos sexuais e reprodutivos.

Enquanto isso, a discussão sobre a descriminalização e a legalização do aborto avançou no Judiciário brasileiro. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) autorizou a interrupção da gestação no caso de fetos anencéfalos (através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 54). No ano de 2016, o STF

entendeu que a consideração do aborto como um crime é incompatível com os direitos sexuais e reprodutivos, assim como com a autonomia e com a integridade física e psíquica das mulheres (Habeas Corpus 124.306).¹⁴ Também foi nesse ano que teve início o debate sobre o acesso a direitos por mulheres afetadas pelo vírus Zika, incluindo a possibilidade de escolha pela interrupção da gestação como forma de proteção de sua saúde mental (Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 5581). Por fim, em 2017, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), junto à Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, propôs a ADPF 442, que requer a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação.¹⁵

Entre os dias 3 e 6 de agosto de 2018, em decorrência da ADPF 442, o aborto foi tema de uma audiência pública no STF, oportunidade em que foram apresentadas diferentes visões sobre o tema, além de argumentos e teses de diversas áreas, como saúde pública, bioética, direito internacional, ciências sociais e até mesmo sobre o lugar das religiões em um Estado laico, para assegurar um julgamento mais qualificado e condizente com a garantia dos direitos e da autonomia das mulheres.¹⁶ Durante os três dias, do lado de fora da audiência, o grande Festival Pela Vida das Mulheres debateu de forma ampla e diversa o acesso ao aborto legal, seguro e gratuito, com mais de duas mil mulheres de toda a América do Sul, e foi lançada a campanha “Nem Presa Nem Morta”.

Ao mesmo tempo que muitas organizações feministas se articulavam no âmbito da legalização e da descriminalização do aborto, o aborto clandestino seguro ou inseguro já era realizado pelas mulheres em todas as partes do mundo. A partir de meados da década de 1980, no Brasil, as mulheres autogeriam seus abortos seguros em casa com a descoberta de um medicamento para úlcera recém-aprovado para venda no país, o Cytotec. Foi a partir da necessidade e do boca a boca, de maneira muito espontânea e orgânica, que as mulheres descobriram que se tratava de um medicamento seguro e eficaz para induzir um aborto. Em 1990, 70% das mulheres que chegavam aos hospitais com um aborto provocado em curso tinham usado esse medicamento. Não à toa, essa coincidência chamou a atenção da comunidade médica, que, a partir de pesquisas sobre suas propriedades abortivas, de fato considerou o Cytotec como o medicamento mais seguro para um aborto farmacológico, de modo que até mesmo a Organização Mundial da Saúde passou a recomendá-lo.

A consequência dessa descoberta feita pelas mulheres foi que, em 1991, o Ministério da Saúde impôs severas regras para a comercialização do remédio, que deixou de ser facilmente adquirido em qualquer farmácia e caiu na clandestinidade, piorando o acesso a um aborto seguro.

As brasileiras que inventaram o aborto seguro perderam-se na História e, certamente, não sabem quantas vidas já salvaram desde os anos 1980. Diante da impossibilidade de recorrer ao Estado e à Medicina, brasileiras comuns, sem formação específica, descobriram e disseminaram organicamente uma solução que lhes devolveu a autonomia sobre o próprio corpo. Mesmo sem conhecer os eventuais riscos do aborto com Cytotec, elas seguiram abortando e disseminando informação sobre as pílulas. Essas Anas e Marias foram e continuam sendo a prova de que, quando mulheres se deparam com uma gravidez que não é bem-vinda, elas vão abortar, mesmo se houver risco para a sua saúde. Sem o respaldo das instituições que deveriam ajudá-las, as brasileiras descobriram uma solução. Resta saber até quando a alternativa que salva vidas seguirá na clandestinidade.

Letícia Bahia

AMEAÇAS AO ACESSO AO ABORTO NO BRASIL E AS RESISTÊNCIAS DO MOVIMENTO FEMINISTA

Como já explicado, existem apenas três situações nas quais o direito ao aborto é garantido no Brasil: em caso de risco de vida para a mulher ou pessoa gestante, em caso de estupro e quando houver gravidez de feto anencefálico.

Ainda assim, mesmo nas situações em que a realização da interrupção voluntária da gestação é permitida no Brasil, o acesso das mulheres ao aborto legal ainda é precário e dificultado.

Pesquisas recentes demonstraram que existe um número reduzido de serviços que efetivamente realizam o procedimento. Nos casos em que a interrupção da gestação é garantida, diversos serviços de saúde descumprem as orientações dispostas na Portaria 1.508, de 2005, e exigem a apresentação de boletim de ocorrência ou de exame de corpo de delito para comprovar a violência sexual.¹⁷

Por outro lado, no que se refere à descriminalização e à legalização do aborto, nos últimos anos, o movimento feminista tem resistido a constantes tentativas de retrocesso.

Em abril de 2007, no Mato Grosso do Sul, houve um caso significativo de violação de direitos. Cerca de dez mil mulheres tiveram suas fichas médicas violadas pela polícia durante a investigação de uma clínica de planejamento familiar que supostamente realizava procedimentos abortivos. O fato ficou conhecido como a maior caça às mulheres da história contemporânea e ensejou a instalação, em 2008, da Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto.¹⁸

Nesse mesmo sentido, parlamentares contrários aos direitos sexuais e reprodutivos passaram a se alinhar com grupos religiosos na defesa de pautas como: o for-

talecimento do modelo de família tradicional, constituída por homem e mulher; o reconhecimento do direito à vida desde a concepção do embrião; e a criminalização do aborto em qualquer circunstância, além dos três casos já permitidos no Brasil.¹⁹

Como resultado, houve um crescimento no número de projetos de lei que buscam restringir o acesso ao aborto sob o argumento do direito absoluto à vida de embriões e fetos desde a concepção. Atualmente, existem mais de 60 proposições legislativas, apresentadas por deputados e senadores conservadores, para proibir o aborto em todas as circunstâncias e criminalizar as mulheres, bem como as pessoas profissionais de saúde que realizam esse procedimento.

Um exemplo bastante representativo desse cenário é a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 181/2015, mais conhecida como PEC Cavalo de Troia. Ao propor a ampliação dos direitos de licença-maternidade para as mães de nascidos prematuros, a proposta também inseriu no texto constitucional o direito à vida desde a concepção – o que os setores conservadores tentam fazer desde a Constituinte. Nesse sentido, também foi elaborado o Projeto de Lei nº 5.069/2013, de autoria do deputado Eduardo Cunha, que buscava impor restrições ao aborto legal. Em resposta a esse cenário de ainda mais criminalização das mulheres, em 2015, teve início um movimento conhecido como Primavera das Mulheres, que marcou um novo momento do feminismo no Brasil.²⁰

Ainda que se trate de um medicamento seguro, desde 1998, o misoprostol foi incluído na lista de medicamentos sujeitos a controle especial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Tal fato impede o fácil acesso das mulheres ao medicamento, abre caminho para a criação de um mercado clandestino e pode levar a graves consequências: “o medicamento é vendido por um preço elevado, de modo que muitas mulheres comprem uma quantidade menor que a dosagem necessária. Isso gera risco de complicações por abortos incompletos; e muitas mulheres são enganadas por pessoas que vendem medicamentos falsos”.²¹

Ainda assim, o movimento feminista encontra inúmeras formas de resistência. Organizações feministas têm realizado um intenso trabalho perante os poderes Legislativo, Judiciário e Executivo para impedir retrocessos, garantir acesso ao aborto legal e pressionar pela descriminalização e pela legalização da interrupção da gestação em todas as situações. Além disso, existem diversos grupos de mulheres organizados para realizar um acolhimento com orientações que garantam a realização de um aborto de forma mais segura.

O que você pode fazer?

- Fale com sua família e amigas sobre o assunto.
- Mantenha-se informada. Saiba mais sobre ameaças aos seus direitos, que incluem restrições no acesso a métodos contraceptivos e ao aborto legal, bem como sua

criminalização. Assine blogs e boletins eletrônicos e siga ativistas de justiça reprodutiva no Facebook e no Twitter.

- Mostre apoio. Doe para organizações que defendem a justiça reprodutiva e divulgue seus trabalhos e projetos.
- Tome uma atitude. Compartilhe informações em suas redes sociais.

JUSTIÇA REPRODUTIVA

Os opositores dos direitos ao aborto criaram uma atmosfera estigmatizante, ameaçadora e, muitas vezes, violenta. Às vezes, apenas se identificar como uma opção profissional para a realização de abortos pode ser arriscado, mas as ativistas dos direitos ao aborto continuam lutando pelos direitos reprodutivos e pela justiça, organizando grandes manifestações nacionais, participando de defesa clínica, conduzindo campanhas de educação pública e fornecendo apoio a provedores de aborto e a mulheres que abortam.

Ao longo dos anos, a luta pelos direitos reprodutivos evoluiu para um movimento pela justiça reprodutiva organizado por mulheres negras e aliadas. Grupos de justiça reprodutiva priorizam os direitos das mulheres menos privilegiadas e veem a liberdade reprodutiva como parte da luta mais ampla pelos direitos humanos e pela justiça social.²²

HISTÓRIAS DE MULHERES SOBRE GESTAÇÕES INTERROMPIDAS

(1) *Engravidarei no meu último ano de faculdade, justamente quando tinha conseguido, ou pelo menos achava que tinha conseguido, dar uma pausa em um relacionamento que já não me fazia bem. Só que, naquele dia (dia x), eu estava em uma festa universitária e, infelizmente, recebi uma ligação dizendo que um parente muito próximo tinha falecido. Fui pra casa, totalmente desnorteada pela bebida e pela tristeza, levada pelo ex-namorado e atual “rolo”. Todo carinhoso, ele me consolou, me colocou na cama e transamos. Em pelo menos 10 meses de relacionamento, ele sempre foi muito cuidadoso e exigente com o uso de preservativos, mas, naquele dia, justo naquelas circunstâncias, não fez questão nenhuma de usar camisinha e tampouco de tirar antes de gozar. Eu não tive reação para impedir qualquer coisa. Fui para o velório (sozinha) e sem ser capaz de estar lá de alma, pois não conseguia processar o que tinha me ocorrido. Tomei pílula do dia seguinte, mas ainda assim não foi o suficiente para evitar a gravidez. Quando fiz o teste e deu positivo, minha alma se foi de vez. Eu não sabia como contar para a minha família. Meu ex, que já tinha conseguido me fazer voltar pra ele, me pressionava todos os dias para contar para minha família e parecia ter ganhado na loteria. Aquele sentimento não me pertencia. Houve dias de ameaça, [em que ele dizia] que se eu tirasse aquele filho ele iria atrás de mim onde quer que eu fosse – e eu nem sequer tinha cogitado sair do lugar. Me sentia paralisada na minha cama e com a perspectiva de ter que contar aos meus pais. Dois meses se passaram e, com meu irmão e cunhada (que já sabiam e também me incentivaram a falar), contei à minha mãe. Ela enlouqueceu, me enlouqueceu e me incentivou a interromper a gravidez. Tomei chá de canela feito pela minha avó, minha mãe conseguiu na favela comprimidos brancos, sem rótulo, que diziam ser Cytotec – eu tinha que tomar metade dos comprimidos e a outra metade teria que enfiar na minha vagina. Tinha um gosto de farinha e eu morri de medo de que fossem placebos. Depois de um tempo, senti muitas cólicas, muitas dores. No banheiro, expeli uma bolota de “peles” e sangue e fui para o pronto-socorro de um hospital renomado da zona sudoeste de SP. Me indicaram uma curetagem, mas eu nem sabia do que se tratava, só tinha medo e vergonha. Depois daquele dia, me senti nua e desamparada. Meu – outra vez – ex-namorado me perseguia e me fechava pelas ruas de SP – a sorte é que sou uma ótima motorista e meu carro corria mais do que o dele. Agora, 11 anos após aquele fatídico episódio, casada e com um marido carinhoso e que me respeita, consigo entender que o aborto foi a melhor coisa que fiz na vida. Consigo enxergar o relacionamento abusivo em que estava e ver que o dia x foi o dia em que fui estuprada – estupro que, para o cara, foi pensado e planejado para me “amarrar” junto a ele pra sempre.*

(2) *Com um casamento em crise, uma filha de dois anos e a decisão de não ter mais filhos muito pensada, não foi difícil decidir e fazer valer algo que já fazia parte do meu discurso: ter direito a decidir sobre meu corpo. O acesso a uma rede que forneceria medicação e segurança sobre o autoaborto medicamentoso traziam confiança para um processo que é uma preocupação para pessoas que abortam. Sei disso como médica que costuma acolhê-las. Para mim, o desafio foi, depois de tanto tempo tentando minha primeira gestação, dizer não para a maternidade que batia de novo à minha porta. Foi difícil viver o aborto em absoluto silêncio. Deixar a filha na avó, fazer de conta que tudo estava bem e buscá-la no dia seguinte com um sorriso nos lábios. Quando você faz um aborto, é assustador como esse silêncio te corrói por dentro. Mesmo tendo o privilégio de um espaço de análise para ser ouvida e para processar os sentimentos dúbios, esse silêncio da vivência do aborto é o mais cruel. Um silêncio que une todas as pessoas que já passaram por essa situação, as que sobreviveram e as que não conseguiram, um peso que dá vontade de gritar, pichar no muro: “Eu fiz um aborto e é uma merda não poder falar sobre isso, é uma merda que nossa vida valha tão pouco”. O processo clínico em si foi muito tranquilo, também por ser uma gestação muito inicial – cólicas como as de uma menstruação mais forte, sangramento por quatro dias. Ritualizei minha perda plantando esse sangue no pé de acerola. Não era uma extração menstrual, como dizem algumas mulheres, era a negativa para um projeto de vida que sei, como mãe, que provavelmente teria dificuldade de ofertar. Não me arrependo, não me abalou emocionalmente, mas a lembrança daquele dia é vívida e estará comigo para sempre. Tanto quanto meu parto. Duas faces de uma mesma mulher.*

(3) *Eu tinha 18 anos e estava namorando, então resolvi procurar uma ginecologista para tomar pílula, já que não usava camisinha. Na consulta (em clínica particular, já que eu tinha plano de saúde na época), a médica, durante o exame, disse que provavelmente eu estava grávida (meu mundo caiu). Minha reação imediata foi dizer NÃO e começar a chorar. Ela me disse para ficar calma, olhou bem nos meus olhos, falou pra eu fazer um exame de sangue pra confirmar e que, independentemente do que eu quisesse fazer, ela me apoiaria. Do consultório, já fui para o laboratório fazer o exame. Fui buscar o resultado com meu namorado da época. Quando abrimos o envelope: gravidez confirmada. Estava com duas semanas. Na hora, ele disse aos gritos: “Eu não vou ser pai agora. Você vai tirar isso”. Não pensei duas vezes e fui direto pra casa de uma amiga que tinha feito um aborto recente. Ela nos contou como conseguiu o Cytotec e ele foi atrás. Em três dias, eu tinha o remédio na mão.*

Disse para os meus pais que ia dormir [na casa de] uma amiga e fui para a república do meu namorado (péssima escolha, ele dividia uma casa com mais três homens). Enfim, seguindo orientações da minha amiga, tomei dois remédios e introduzi dois na vagina. Em pouco tempo, comecei a sentir cólica. Não lembro muito quantas horas durou, fumei muita maconha pra amenizar a dor e acabei dormindo. Acordei de madrugada com vontade de ir ao banheiro. Fui e senti descendo (um coágulo de sangue). Chorei, respirei fundo e pensei: preciso ficar bem para que meus pais não descubram nada.

Ainda sentia dor, mas era suportável. Fiquei por muitos dias sangrando, tipo uma menstruação. Liguei para a médica para falar que tinha feito e ela me pediu para ir ao consultório. Lá, relatei como fiz e chorei tanto que nem falar eu conseguia... Ela me abraçou e disse que isso era comum e não devia ser proibido, que não era pra eu me culpar de nada. Ela também me pediu para fazer um ultrassom transvaginal para verificar se estava tudo bem e me orientou a não dizer nada mesmo que perguntassem. Fiz o exame e estava tudo bem.

Por anos eu não contei pra quase ninguém e senti muita culpa. Chorava quando lembrava e pensava quantos anos teria meu filho ou filha. Com 23 anos, fui morar em Londres e só então percebi que aborto era uma questão de escolha da mulher, deveria ser um tema de saúde pública e que o Estado não deveria ter o direito de prender alguém por isso – devia, sim, dar aparatos para o aborto ser feito de forma segura. É claro que aqui também entra a religião, moralista e hipócrita.

Revedo minha história (a de uma pessoa branca de classe média), agradeço e entendo o privilégio que tive de ter contado com uma médica que me acolheu. Sei que a maioria das mulheres (principalmente negras e periféricas) correm riscos e acabam morrendo em clínicas clandestinas. Este é o meu relato – hoje em dia, me sinto bem tranquila para falar e me abrir sobre o que vivi.

(4) *Com 25 anos de idade, tinha começado um relacionamento há poucos meses e estava em meio a uma mudança de casa e cidade quando tive uma infecção urinária bem chata que me levou ao pronto-socorro para uma consulta de emergência. Seguindo as recomendações médicas e tomando o medicamento indicado, fiquei algumas semanas sem fazer sexo com penetração com esse parceiro com que me relacionava.*

Um pouco mais de um mês depois, após minha menstruação atrasar, acabei descobrindo que estava grávida. Entrei em choque, chorei muito e conversei muito com esse parceiro. Sabíamos que não era o que queríamos e muito menos naquele momento. Com a ajuda de amigas, consegui informações sobre como fazer um procedimento de interrupção dessa gestação de forma segura e sem ter que ir a uma clínica gastar um dinheiro que eu nem tinha. Como tenho convênio médico, fui ao pronto-socorro de um hospital me queixando de sangramentos durante a gestação para fazer um ultrassom e saber com quantas semanas de gestação eu estava. Ao ver o ultrassom, me espantou muito o fato de as semanas baterem com o período em que eu estava com infecção urinária – de qualquer forma, soube que ainda estava com poucas semanas e poderia fazer o procedimento com medicamentos em casa e de forma segura.

Consegui os medicamentos com pessoas de confiança que me garantiram sua eficácia. Como estava em um período de mudança, me programei para fazer o procedimento na casa na qual estava indo morar com algumas amigas e por sentir, naquele momento, que seria o lugar onde eu me sentiria mais à vontade para fazer isso.

Estive o tempo todo acompanhada por duas grandes amigas, que me deram todo o apoio necessário e me deixaram super segura em relação a tudo aquilo. Obviamente tive que desconstruir muitos tabus sobre o aborto, sobre ser algo muito aterrorizante para se fazer em casa. Além de mim mesma, tive que acalmar bastante o meu parceiro, que decidiu procurar sobre o assunto na internet e entrou em choque achando que eu ia morrer fazendo isso em casa. Sério, o Google não é o lugar indicado para se pesquisar sobre o assunto! Enfim, fiz o procedimento acompanhada dessas amigas em um processo que levou uma tarde toda; tive cólicas fortes, sangramento, vômitos, diarreia, mas me ajudou muito ter apoio e me sentir amparada para passar por aquilo. Além disso, ter informações sobre o procedimento – e sobre com o que eu deveria me preocupar ou não – fez eu me sentir muito tranquila e com autonomia sobre meu corpo. Ao fim da tarde, já me sentia melhor e disposta. Não considero que foi uma situação traumática, mas ressalto sempre que ter apoio, conseguir medicamentos de forma segura e fazer isso acompanhada foram elementos essenciais! Sangrei num fluxo baixo durante as duas semanas seguintes e fiz muito repouso.

Algum tempo depois, fui à minha ginecologista e pedi para fazer exames de rotina para checar se estava tudo bem, contei sobre a infecção urinária que tinha tido e os medicamentos que havia tomado. Nesse momento, ela me disse que um dos remédios que

tomei me deixava muito fértil e que o médico que me receitou deveria ter me informado sobre isso. Nesse momento, concluí, sem muitas certezas, que poderia ter sido a causa da minha gravidez em um período no qual eu não estava fazendo sexo com penetração.

Com receio sobre o que havia acontecido, decidi colocar um DIU de cobre para me sentir mais protegida nas minhas relações sexuais. Porém, o azar é grande e os anticoncepcionais não são 100% seguros, então, três anos depois, minha menstruação atrasou e descobri que estava grávida, pois o DIU tinha saído do lugar. Ainda estava com o mesmo parceiro, agora em uma situação de vida mais tranquila e estável, o que nos fez cogitar a ideia de seguir em frente com a gestação, mas, no fundo, não era o que queríamos. Sinto que foi bem mais difícil tomar essa decisão de interromper a gestação por já ter feito isso outra vez e por não ter muitos fatores externos que justificassem não querer ter um filho. Mesmo assim, não conseguia parar de pensar em como minha vida mudaria e percebi que esses pensamentos me traziam mais angústia do que alegria. A primeira etapa desse processo foi fazer um procedimento médico para retirar o DIU, que poderia causar um aborto espontâneo, então esperei para ver o que acontecia, mas a gestação seguiu lá. Algumas semanas depois, consegui tomar essa decisão de realmente interromper a gestação mais claramente.

Como anteriormente, fiz isso em casa e com medicamentos seguros; dessa vez estava só com meu companheiro, que também me apoiou bastante e ficou do meu lado o tempo todo para observar qualquer fator que pudesse ser preocupante.

O procedimento em si foi muito parecido com o da primeira vez, mas senti, em algum momento, que estava com a pressão baixa, provavelmente por ter vomitado muito, e então decidi ir até um hospital. Nos exames, viram que ainda tinha um tanto de sangue que não havia saído completamente e me sugeriram uma curetagem.

Como eu já estava bem informada sobre esses procedimentos invasivos, me neguei a fazer e disse que preferia esperar que saísse naturalmente. Me deram alguns remédios e um atestado de uma semana de repouso para levar ao trabalho. Continuei a ter sangramentos por mais alguns dias e foi bem tranquila e rápida a minha recuperação.

Me sinto muito bem por ter tido oportunidade e apoio para escolher não levar uma gestação adiante em dois momentos diferentes da minha vida e gosto de deixar claro nos meus relatos que, às vezes, mesmo tomando os cuidados possíveis para não engravidar, nem sempre tudo funciona como queremos; por isso é tão importante ter meios seguros para escolher se queremos, ou não, seguir com uma gestação. Sinto que, se eu não tivesse tantas informações e apoio, acabaria levando adiante situações indesejadas simplesmente por não ter opção.

Agradeço demais a todas que se empenham para divulgar informações seguras e confiáveis sobre o aborto e que ajudam muitas mulheres como eu a se sentir bem quando optam por não seguir em frente com uma gestação, mesmo em uma sociedade que nos nega essa escolha.

(5) *Em 2000, fiz meu primeiro aborto. Por indicação de uma amiga, procurei uma mulher que havia sido enfermeira no município de Santo André [estado de São Paulo]. No dia, fui com uma amiga e pedi que ela prestasse atenção para saber o que a mulher faria comigo. Não estava com medo, estava ansiosa para que tudo se resolvesse. Desde que havia descoberto a gravidez, não tinha pensado em ter; decidir realizar o aborto foi minha primeira opção. Lembro que dei um cheque para 30 dias, e talvez isso explique o que aconteceu. Minha amiga disse que só viu a mulher esquentar água e colocá-la dentro de mim, não a viu colocando mais nada. Foi num sábado de manhã, passei o domingo com cólica e mais nada. Na segunda-feira, liguei para ela para saber o que estava acontecendo, porque só tinha saído um pouco de sangue e a dor já tinha passado. Ela pediu que eu retornasse. Na terça-feira, voltei à casa da mulher, dessa vez sozinha. Ela realizou o procedimento novamente. Dessa vez, no dia seguinte, senti muita dor, precisei ir embora do trabalho e fui direito a um pronto-socorro. Chegando ao consultório, com convênio particular, o médico não acreditou que eu não sabia. Eu disse que havia descido e que estava com muita dor. Fiquei quase cinco horas sentindo dores horríveis em um quarto com outras mulheres – umas estavam grávidas e outras esperavam para parir. Quando não aguentei mais a dor, chamei a enfermeira e disse que, se não fizessem alguma coisa, eu faria um escândalo. Foi quando veio uma médica e fez um exame de toque; tudo saiu no mesmo instante, acabando com a dor horrível. Quando fui para o quarto, pedi que avisassem a uma amiga. Na época, não tínhamos celular, mas essa minha amiga tinha um aparelho de bip – ela nunca foi avisada. Somente à noite consegui falar com meu namorado para que ele fosse me buscar no outro dia. Saí do hospital com o médico dizendo que mandaria o material para análise para saber o que tinha acontecido. Não lembro quanto paguei na época, somente que um amigo me emprestou 200 reais e, além desse valor, dei um cheque pré-datado da minha mãe, que nunca soube do aborto. Dias depois, um homem me ligou perguntando se podia depositar o cheque que a Dona Maria havia passado para ele. Levei mais de uma amiga na Dona Maria. Anos depois, uma amiga foi fazer o procedimento e quase morreu; foi aí que descobrimos que ela colocava creolina no útero por uma sonda. Depois, me senti muito triste, mas não arrependida, só pensava que ser mulher é sempre correr risco. Após alguns dias, meu namorado já nem se lembrava daquilo, mas aquele pensamento me perseguia, até que, meses depois, caiu no esquecimento.*

O segundo foi em 2006. Em um dos terminos com meu namorado, comecei a sair com outra pessoa, que não gostava de usar camisinha; vacilei algumas vezes até que engravidei e ele sumiu. Eu era estagiária e fazia vários estágios e iniciação científica para ter uma renda. Me indicaram o Coletivo Sexualidade e Saúde. Marquei uma consulta e fui conversar; o procedimento era realizado com medicamento. Na

época, quatro comprimidos custavam 850, algo muito fora da minha realidade. Meu ex-namorado tinha um trabalho estável e foi ele que me deu o dinheiro e ficou comigo no dia que realizei o procedimento. Uma pessoa me acompanharia remotamente caso tivesse alguma dúvida. Fiz num sábado de manhã, passei o final de semana com dor, mas foi suportável, bem menor do que da primeira vez. Na terça-feira, quando estava no estágio, comecei a sentir muita dor e a acompanhante me orientou a ir ao hospital do Jabaquara e procurar uma assistente social, que me encaminharia para um médico específico. Nesse dia, o médico faltou, mas eu só soube disso três horas depois de chegar ao hospital. Quando ia passar com outro médico, me deu vontade de ir ao banheiro; então, o restante do material saiu e a dor acabou. Mesmo assim, passei com o médico e fiz um ultrassom; ele não acreditou que eu estava grávida porque não havia nem vestígios. Dessa vez, fiquei bem triste pelo abandono que sofri, me senti um nada. Um mês depois, o cara apareceu e eu disse que era tarde, que já havia resolvido. Durante muito tempo ele tentou falar comigo para que eu o desculpasse, mas eu nunca quis conversar. Depois de dois anos, me casei com meu ex-namorado da época, o que me deu o dinheiro, e anos depois tive um filho. Ele nunca me cobrou em relação a isso, não tinha nenhuma dívida com ele – ele fez porque me amava e eu estava precisando de ajuda.

(6) Eu estava no terceiro ano da faculdade e tinha terminado uma relação de oito anos com um cara que eu amava, mas eu sabia que a nossa história tinha acabado. Nos encontramos num aniversário de uma amiga e tivemos uma recaída. Tomei a pílula do dia seguinte do jeito certo, mas nem duas semanas depois minha cara inchou, meu peito doeu, cresceu e depois parou de doer. Eu não tinha atraso menstrual quando resolvi ligar pra ele pra fazermos o teste. Ele chegou feliz e achou que eu tinha ligado porque queria voltar. Aquela foi a cara de felicidade que me fez mais triste na vida. Falei do teste. Compramos e fizemos. Choramos. A ideia que ele tinha era que, se estivesse bem-sucedido, poderia “lutar pelo meu filho”; resolveu me apoiar em qualquer que fosse a minha decisão, deixando claro que, para ele, a história poderia estar apenas começando. Para mim, “tudo demorava em ser tão ruim” e só precisava acabar de acabar.

Liguei pra minha mãe pra contar do teste, mas ela estava voltando do trabalho de trem e não tive coragem. A grana estava curta e era de grana, sobretudo, que eu precisava naquele momento. Esperei. Liguei de novo. Fiz um teste e deu positivo. E o que você quer fazer? Aquilo que se faz quando você faz um teste e ele dá positivo, mas você não está grávida. Fiz um ultrassom com um amigo da minha mãe que já sabia da minha escolha e fomos a uma clínica que todos sabiam onde ficava. Ela

ia comigo desde que fosse minha única acompanhante. Entrei em uma sala com médicos. Cumprimentei e eles me responderam: “com a gente tá tudo bem, com você vai ficar daqui a pouco”. Aplicaram um remédio na veia e acordei de absorvente em uma outra sala. Levantei um pouco tonta, me deram um biscoito e um café e me orientaram para que eu me vestisse para encontrar minha mãe do lado de fora.

Nunca vou me esquecer do pânico de ver um carro de polícia logo depois de ter saído da clínica. Suei frio. Me senti criminosa. Temi por colocar a mulher mais digna que eu conheço na situação de cúmplice. Além disso, ela fez um empréstimo para que eu pudesse ter acesso ao aborto.

Quando meu ex-namorado cansou de insistir para que ficássemos juntos, seguii a vida e eu não consegui seguir a minha. Precisei voltar atrás e dividir com ele essa decisão. Ficamos juntos mais um ano.

Começaram os boicotes. Até aquele momento da minha vida, tudo o que eu disse que faria eu fiz. Nunca gaguejei numa colocação, nunca assumi um compromisso sem ter condições de cumprir, nunca deixei de estudar, de ser boa aluna. Mas, daí em diante, passei longos anos sem poder contar comigo mesma. Não dava conta. Chegava atrasada nas aulas dos professores mais admirados. Metia os pés pelas mãos. Me enrolava, me desconcentrava. Fui fazer análise. Eu nunca me arrependi, mas passei anos contando quantos anos meu filho teria. Eu nunca pronunciei que estava grávida, também nunca entrei no mérito de ter tirado uma vida, mas, no fundo, eu agia comigo mesma como se tivesse. O que eu posso dizer é que tirei, indubitavelmente, parte da minha durante alguns anos.

Durante esse tempo, nunca falei para uma mulher fazer aborto, nunca falei para não fazer. Sempre procurei ser apoio e amparo para que as escolhas fossem as possíveis de se carregar. Todas elas pesam diante de um teste de gravidez positivo quando não se tem o desejo de ser mãe naquele momento.

Hoje, depois de muitos anos de análise, depois de muitas voltas que a vida deu e depois de me sentir inteira com meus buracos e minhas fissuras, agradeço pela oportunidade de ter tido escolha e apoio para ser o que sou.

É privilégio de poucas no país onde eu vivo. Hoje, ando e tropeço, mas olho pra trás e finalmente sinto tranquilidade. O que eu vejo são as escolhas que fiz e banqueei, à custa de coisas que só eu sei e vivi e que me trouxeram a um lugar que era mesmo onde eu achava que minha felicidade estaria. E, de alguma forma, a encontrei no caminho.

(7) *Aos 22 anos, engravidei sem planejar de um cara do trabalho com quem saí algumas vezes (ele nunca soube) e, desde o primeiro minuto, soube que não queria levar aquilo para a frente.*

Já estava com a menstruação atrasada alguns dias, enjoos e, ainda assim, me enrolei pra comprar o teste da farmácia com medo do resultado – que eu praticamente já sabia qual era. Finalmente, comprei o teste e fiz xixi no palito antes de entrar no trabalho, vi o resultado positivo, escondi o teste na bolsa e fui trabalhar. Comentei com um amigo do trabalho que tinha feito o teste e que tinha dado positivo. Nós tínhamos uma colega de trabalho em comum que já havia feito um aborto anos antes (até então eu não sabia...), e ele me perguntou se podia falar pra ela, pra conversarmos.

Eu não tinha noção de nada... Na minha cabeça, eu iria àquelas barraquinhas do centro de São Paulo para comprar um “chá abortivo”. E, na verdade, foi quase o que eu fiz.

Essa colega de trabalho me falou que havia comprado o remédio na barraquinha da Ipiranga com a São João (quase poético, risos), então, em uma manhã de folga do trabalho, lá fui eu.

Ainda achando que o “remédio” era o tal chá abortivo, cheguei lá e perguntei:

— *“Moça, quais tipos de chá você tem?”*

— *“Tem chá para emagrecer, camomila, boldo... Você está procurando algum específico?”*

— *“Você tem chá abortivo?”*

Nisso ela me pergunta se eu queria chá ou remédio, e eu nunca nem tinha ouvido falar em remédio. Ela me explicou e escolhi comprar o remédio. Paguei R\$ 250,00 – exatamente o que tinha na minha carteira; ela foi buscá-lo em outro lugar e voltou com duas pílulas recortadas de uma cartela, falou pra eu tomar uma, “enfiar” a outra e que era bom eu esperar mais umas semanas, pois ainda era muito cedo, de acordo com as minhas contas da gravidez.

Eu tinha tomado um Yakult no caminho, fazia um calor infernal, minha pressão baixou, vomitei Yakult... A dona da barraquinha quase teve um infarto me expulsando logo de lá porque estava chamando muita atenção.

Esperei as semanas super enjoada, nunca nem questioneei se os remédios eram verdadeiros ou procurei sobre eles no Google. Fiz o recomendado pela “doutora da barraquinha”: tomei um e enfiar um.

Em meia hora, comecei a sentir cólicas imensas, muita dor... Até vomitei o comprimido de tanta dor, mas o lavei e tomei de novo. Sangrei muito e, algumas horas depois, estava ok – foi uma menstruação forte que durou cerca de 10 dias. 24 horas depois de tomar o remédio, no meio do trabalho, senti uma cólica bem forte

novamente e uma bola enorme de sangue, de uns 5 cm de diâmetro, bem espessa, saiu. A cólica parou instantaneamente. E fim.

Nunca tive remorso e nunca me arrependi. Meses depois, fui à ginecologista fazer um check-up pra ver se estava tudo ok – nunca contei a ela o que tinha acontecido.

Gostaria de ter tido mais informação, mais segurança e menos dor. Tudo foi muito “clandestino” – desde as conversas secretas com a minha colega de trabalho sobre um tema proibido, passando pela compra do remédio, até o uso, que nem sei se foi feito corretamente, mas funcionou.

Cada ano que passa fico sabendo de mais e mais pessoas próximas que já abortaram no passado, de jeitos diferentes, com chás, remédios falsos, clínicas a valores exorbitantes (sempre acima de R\$ 800,00) – e todas dessa forma escondida e sem o apoio de ninguém.

(8) *Olá, sou economista, casada, tenho 33 anos, sem filhos. Na época da faculdade, tive um namorado que trabalhava comigo e me tratava com muito carinho. Gostávamos das mesmas coisas, eu o admirava muito profissionalmente e gostava das histórias dele no exército. Eu tinha 18 anos e ele 35; ele já tinha um filho e era “aparentemente” solteiro. Nos envolvemos e começamos “a namorar”, mas a relação nunca teve esse nome. Ele me buscava todos os dias na faculdade, me levava para casa e transávamos no carro – SEMPRE. Algumas raras vezes ele me levava a motéis imundos. Além disso, ele desaparecia no final de semana – uma vez cheguei a ligar 167 vezes, enquanto ele só desligava. Eu morria de ódio, mas na segunda-feira ele sorria pra mim e tudo ficava bem de novo. Um dia passei mal no ônibus, minha pressão caiu e desmaiei. Nem imaginei o que poderia ser. Fui ao pronto-socorro e tive a notícia: parabéns, você vai ser mamãe! Eu, com 18 anos, pagava a faculdade quando dava, comia quando dava, pagava o aluguel da minha mãe. Pensei: quais serão as minhas chances e as chances dessa criança? Foi automático. No momento que soube que estava grávida, sabia que não estaria por tanto tempo, que era uma questão de curto espaço de tempo. Chamei o “pai” e ele respondeu: “foda-se, não é meu”. Conseguimos um Cytotec com uma farmacêutica da faculdade, mas demorou 15 dias – tendo comigo algo que eu queria que desaparecesse, foram os piores 15 dias da minha vida. Então, passados esses 15 dias, tomei dois comprimidos via oral e apliquei dois na vagina. Gritei, sangrei, suei, chorei e ninguém dos quartos ao lado tinha ideia do que estava acontecendo. Tive medo de ir ao hospital e sair presa. Então deixei que a vida se encarregasse dos próximos detalhes. Sem outras opções, não me arrependi, mas sofri. Sonho que o meu processo não se repita com outras meninas.*

(9) *Ele gozou dentro de mim. Era noite de lua, os sentidos estavam aguçados e pulsantes dentro de nós. Eu ovulava sem saber, pedi que não, “não goze dentro”, e ele disse que ouviu “goze”. Foi a melhor e a pior noite dos seis meses de paixão carnal. Éramos amantes de fim de festa, recém-separados de relacionamentos longos, estávamos nos deliciando com a liberdade e nossos corpos quentes. Existia uma estranha paixão mútua, o coração pulsava, mas nenhum dos dois realmente queria um comprometimento e uma família.*

Já havíamos falado sobre filhos de maneira geral, mas nunca como eu sendo a mãe dos próximos filhos dele e ele sendo o pai dos meus filhos. Parece que estávamos prevendo o que estava por vir.

Me notava estranha, passava a mão na barriga constantemente e involuntariamente, não atravessava a rua fora do sinal por um senso de proteção; meus seios estavam inchados e doloridos e eu tinha uma sonolência avassaladora apesar de ser insone.

Era carnaval, minha data favorita do ano, quando veio a notícia. Positivo. Eu estava sozinha num apartamento no Rio de Janeiro. Minha irmã mais nova estava com nove meses de gestação, uma barriga linda de um relacionamento que acabara de começar. Eu, grávida de um cara que eu mal via na luz do dia, aos 32 anos, após uma separação de um relacionamento estável que durou sete anos.

Mesmo com a falta de intimidade para assuntos dessa grandeza, ele se mostrou compreensivo e calmo por fora – por dentro eu nunca consegui acessar. Tentávamos pensar juntos no que fazer. Muitas ponderações, pesquisas sobre métodos, milhões de sentimentos, o tempo passando e eu cada vez mais conectada com aquele ser.

Descobri que muitas mulheres já passaram por isso caladas, muitas vezes sozinhas. A primeira coisa que me perguntavam era “ele sabe?”, e eu achava surreal o cara não saber!

Foram essas mulheres que me ajudaram – muitas eu nem conhecia, com muitas só falei por e-mail e jamais saberei quem são. Descobri o poder da rede da sororidade e até por isso jamais deixei de ajudar quem precisasse ou de falar sobre esse assunto. Aborto não deve ser um tabu!

Quantas mulheres na história da humanidade criaram seus métodos para interromper gestações? Quantas mulheres já morreram por falta de infraestrutura causada pela ilegalidade? Quantas mulheres tiveram gestações indesejadas e quase não conseguem dar conta de tantos filhos? Quantas mulheres foram violentadas e tiveram que sofrer dois traumas ao mesmo tempo? Quantas mulheres são manipuladas pela pressão religiosa?

Todo o meu feminismo não quer dizer falta de crença espiritual. Acredito, sim, no tal do “karma”, mas acredito no perdão. Acredito que somos donas dos nossos

corpos, mas, independentemente das nossas crenças, não estamos isentas de sofrer. Cada um sabe a dor e a delícia das suas escolhas. E eu precisava fazer uma.

Por um lado, como uma mulher de luta, independente e bem resolvida, me enchi de coragem e sabia que daria conta da missão da maternidade independente. Isso não me amedrontava.

Por outro lado, sendo essa mulher que podia ir e vir para onde quisesse na hora que quisesse, me amedrontava a falta de liberdade.

Rezei muito por uma resposta e me veio uma única pergunta: “Que tipo de maternidade eu quero?”. Fechei os olhos e vi uma família harmônica, viajante, risonha, unida. Então, mandei mensagem imediatamente para ele dizendo: “tem uma coisa que define tudo. Você quer tentar ser uma família nem que seja para dar errado? Você quer tentar?”. Ele me respondeu: “não posso garantir”. Entendi que não haveria um esforço da parte dele e logo me imaginei sozinha, longe da minha família, presa a um cara já com filhos, a uma história que não era minha. Decidi que procuraria o melhor método e ele concordou. Naquela hora, nada mais importava, nenhuma opinião, nem a dele nem a de ninguém. Decidi e só precisava de apoio.

Pesquisamos a fundo todos os métodos e escolhemos o mais seguro na medida do possível. Era carnaval, eu não queria mais ver todo mundo sorrir enquanto eu só chorava. Decidi fazer tudo o mais rápido possível com a ingenuidade de quem acha que vai ficar tudo bem no dia seguinte.

Escolhemos um ambiente onde houvesse estrutura de equipamento para qualquer emergência. O médico era um conhecido de uma conhecida, foi atencioso por um lado e, por outro, “atencioso” demais. Tive que engolir comentários como “só confie em transar com médicos”, entre outros. Eu estava nas mãos dele, guardei em algum lugar essa repulsa e encarei.

Entrei na clínica carregando todos os sentimentos que já estavam lá mais o pavor de ser pega pela polícia e presa. Minha melhor amiga me acompanhou e, quando o procedimento acabou, chorei muito e repetia “nunca passe por isso amiga, nunca”. Ela estava lá para segurar a minha mão. Minha mãe me deu muito apoio também, mas quis poupá-la de estar lá na hora. Tive muita sorte de ter essas mulheres ao meu lado, um “cara” preocupado e grana suficiente para bancar esse procedimento.

Tentei ser feliz, coloquei purpurinas debaixo de lágrimas, fantasias para disfarçar meu corpo e alma destruídos. Fui pra rua. Fui pros blocos e não conseguia olhar pra ninguém, dançar nenhuma música. Me sentia feia, mal amada, tímida, eufórica. Sentia meu corpo cinza por dentro.

Sangrei por 30 dias e caí numa depressão. Eu nunca tinha sentido isso antes, era muito forte. Não teve sorriso pra mim naquele carnaval.

Desde então, foram altos e baixos. Conheci um lugar novo, o fundo do poço. Repetia: “esse é o pior ano da minha vida”. Os momentos de baixa pareciam por-

radas. Levantava de todas elas, cambaleando, mas “forte”. Repetia que “estava tudo bem” e levava mais uma. Na última porrada, eu estava exausta e as feridas estavam mais graves, acumuladas. Resolvi ficar no chão, deixar doer. Percebi que a “força” que eu achava que tinha era apenas uma proteção e precisei de muito mais coragem pra me render. Tive mais coragem ainda pra cutucar minhas feridas mais profundamente pois sabia que ia doer mais.

Mas não tinha outra opção, o fundo do poço é assim: ou você para e olha com calma ou morre afogado. O fundo do poço é um lugar escuro, mas, quando você olha pra cima, tem uma luz turva. Essa luz ilumina a sua própria sombra, e lá está o ouro. Peguei esse ouro pesado lá do fundo, dei um impulso forte e o trouxe para fora. Venci essa luta.

Por sugestão dele, no dia em que supostamente daria à luz, fizemos um ritual lindo para deixar esse espírito ir. Sentia que já não havia mais conexão e que estávamos todos livres, exaustos e com cicatrizes que ainda estavam sarando devagar.

Me vi uma mulher, não mais uma menina. Me vi amando minhas cicatrizes, me vi orgulhosa delas e da história triste que elas carregam, pois me lembram que a luta, a sombra, os desafios e tudo na vida só vem para nos ensinar. São oportunidades. Olhei para aquele homem e o perdoei.

Fiz questão de contar meu relato para meus melhores amigos, mulheres e homens. Eles precisam saber o que é ter responsabilidade com esse segundo coração de uma mulher, o útero.

Olhei pra vida com a calma de quem navega numa noite de lua, em um rio lisinho, após um temporal em que duvidava da continuação da própria existência. Cresci, evolui, transmutei, mas ainda choro escrevendo esse texto. Não sei de onde vem esse choro, mas ele também carrega compaixão.

O maior aprendizado dessa experiência foi o autoamor, o autorrespeito, o cuidado com esse lugar sagrado dentro dos nossos corpos e da energia sexual; a compaixão pelas nossas histórias e existências interconectadas. Sou grata a tudo e a todos que vieram e estão por vir nesta passagem.

Hoje, digo ironicamente que esse foi um dos anos mais importantes da minha vida. E esse é um pedacinho do meu ouro pra vocês. A vida é muito curta pra não evoluir.

(10) *O dia seguinte:*

Agora posso escrever... Sobre todo esse processo das últimas semanas.

Ontem eu o vi, menor que a palma da minha mão.

Foi tudo muito rápido e chorei muito. E sigo sangrando.

Lembrei da Frida: pensei em colocá-lo em um potinho para poder olhar... Mas ele foi embora com a descarga.

Cantei para ele e para mim. Acendi uma fogueira para ele, para que a luz pudesse guiá-lo no seu caminho. E também para mim. Mas tudo isso é construção de hoje, de longe. Ontem foi só o frio e o calor.

Primeiro teve a hora de tomar o remédio... Você tem que colocar na boca e ficar com ele meia hora. Não dá para falar. É um momento de voltar para si. E eu fiquei lá...

Ouvi músicas. Pensei. Olhei o céu e as estrelas. E percebi esse momento que eu estava vivendo, me conectei. Juntei as lenhas para a fogueira e depois fiquei vendo o fogo. Chama viva que também mata. Refleti, viajei. A decisão não é agora, já foi tomada. Não há mais o que pensar. E, então, senti muito. Senti tudo no meu corpo. Comecei a sentir muito frio. E o céu se fechou. Quis entrar em casa, me enrolei no cobertor. Frio, frio, frio.

Fui ao banheiro e já vi sangue. Tomei chá. Cólica. Bolsa de água quente. Cansada e agitada. Li algumas coisas e esperei. Tempo.

Tomar a segunda dose. Enjoo. Dúvidas. Fui ao banheiro e sentei na privada. Muito sangue!

E aí teve aquela em que o encontrei.

Ele estava de ponta-cabeça, pendurado, envolto em uma bolsa transparente, e ficou lá, enquanto o sangue escorria. De mim e por ele. Conectados.

Eu olhei, vi, entendi, gritei, falei, chorei, chamei. Me despedi. Encontrei e me despedi. Me despedi de uma vida outra. De uma vida minha, de uma possibilidade. Despedida de alguém. Um alguém que seria outra de mim. E veio alguém me mostrar isso. Segurei, segurei, segurei e depois deixei ir.

Em meio à aflição de que ele estava ali, do desejo de pegá-lo e de tirá-lo e também de abraçá-lo e acolhê-lo. E de me acolher... Descobri uma força, um movimento que só dependia de mim, que era de soltar. De se separar. De me separar. Entendi que até esse momento era eu que estava segurando. E só entendi no momento que estávamos prontos... Ou que eu estava pronta.

E vi mais sangue escorrer...

Depois entrei no banho. Sangrei mais. Ouvi o barulho da descarga e chorei, chorei, chorei. Sozinha ali. Fraqueza.

Deitar, recolher. Esse foi o jeito que encontrei. E sigo sangrando.

(11) *Era 2015 e eu tinha 27 anos. Estava saindo com um cara – que viria a ser meu namorado mais tarde – e vacilamos. Não usamos camisinha. Pensei em tomar a pílula do dia seguinte, mas fizemos as contas do meu ciclo e ele me acalmou dizendo que não haveria risco de engravidar. Ele era médico. Fui viajar por mais de um mês e, quatro semanas depois, lá estava eu com a menstruação atrasada. Fora do Brasil e na companhia de uma amiga, fiz o primeiro teste de gravidez da minha vida – nunca fui dessas que fica na paranoia todo mês e faz teste de farmácia. Fiz um só e deu positivo. Minha menstruação estava só uma semana atrasada, mas os efeitos da gravidez no meu corpo já eram notáveis: peito inchado e dolorido, muito sono e enjoo. Com o teste positivo em minha mão, trancada num banheiro em outro país, entrei em pânico e cheguei a olhar para a janela basculante pensando se meu corpo passaria por lá caso eu quisesse me jogar. Fiquei desesperada. É uma daquelas coisas que você nunca acha que vai acontecer com você.*

Me recuperei e saí do banheiro disposta a “resolver” aquilo logo. Em nenhum momento passou pela minha cabeça ter aquele filho. Eu mal conhecia o cara, tinha só 27 anos, nem sabia se queria ter filho algum dia na minha vida. Naquele momento, tinha certeza de que não. Liguei para uma amiga que eu sabia que já tinha feito um aborto em São Paulo. Meu voo de volta era dali a dois dias. Ela me explicou como tinha sido a experiência dela e me acalmou dizendo que marcaria uma consulta para mim. Era no consultório com o mesmo médico com o qual todas as meninas da minha geração e classe social realizaram seus abortos.

Dois dias depois, desci do avião no aeroporto de Guarulhos, deixei a mala em casa e fui, ainda meio chapada de sono, depois de um voo de onze horas, direto para a consulta que minha amiga havia marcado. Para entrar no consultório em um prédio desses só de médicos, mil travas na porta, olho mágico, nome e sobrenome por um interfone. O atendimento? Rápido e protocolar. Não foi o médico mais acolhedor do mundo, digamos. Tinha que ser tudo rápido: havia muitas outras mulheres na sala de espera que estavam na mesma situação que eu – eu não era especial. Me senti mal. O médico me explicou tudo e me mandou deitar na cama para um exame de toque.

Ali, com a mão dentro de mim, avisou:

— Tenho uma péssima notícia.

— Qual notícia pode ser pior do que eu estar grávida? Que são dois? São gêmeos? – perguntei desesperada.

Ele me explicou que, pelo exame de toque, achava que era uma gravidez ectópica. Ou seja, que o feto não estava no útero, mas, sim, em uma das trompas. Fiquei mais preocupada ainda, claro. Ele me aconselhou a correr direto para um hospital para fazer um ultrassom; se fosse isso mesmo, eu teria que ser operada logo. Pronto, pior do que estar grávida era estar grávida, possivelmente, com um feto fora do útero.

Pensei que teria que ser internada, operada, ficaria dias me recuperando e que não seria “tão simples” como eu havia imaginado. Teria que contar para os meus pais e ficaria alguns dias sem poder trabalhar.

Entrei no carro e fui direto para o hospital, a mesma amiga me levou. No pronto-atendimento, falei que estava com uma suspeita de gravidez ectópica e me encaminharam logo para o ultrassom. Na sala do ultrassom, o médico me perguntou porque eu chorava tanto, se eu queria muito ter aquele filho e estava triste por isso. Expliquei que não, que eu só queria fazer um aborto e que talvez tivesse que ser operada, que estava vivendo um pesadelo. Ele fez o ultrassom e comemorou:

— Pronto, boa notícia, está no útero!

Então me perguntou se eu queria ouvir os batimentos cardíacos. Sim, com cinco semanas, era um saquinho de células menor que um amendoim e tinha batimentos cardíacos. Respondi que não. Ele emendou dizendo que poderia fazer o aborto ali mesmo – eu estava em um hospital particular muito bom. Funcionaria assim: ele arranjaria um laudo falso dizendo que o feto estava sem batimentos cardíacos e faria a curetagem. Custaria 15 mil reais. Fui pra casa, precisava pensar. Na clínica à qual eu tinha ido sairia por quatro mil reais, mas não era um hospital. Se algo acontecesse durante o “procedimento” – como eles diziam – eu estaria muito menos segura.

Eu não tinha 15 mil reais e, assim, mesmo insegura, optei por fazer com o médico que havia errado o diagnóstico pelo exame de toque. Liguei para marcar o procedimento e só tinha horário na semana seguinte. Passei um fim de semana inteiro naquela situação: me sentindo grávida sem querer estar. Era assustador o que acontecia no meu corpo. Na segunda-feira, acordei cedo e, em jejum, fui fazer o aborto. Quando me deram o propofol, já na salinha “cirúrgica”, senti muito, muito medo de morrer. Me senti desamparada e desassistida. Comecei a gritar a senha do meu celular para as enfermeiras: “caso eu morra, liguem para os meus pais”. Acordei sete minutos depois, segundo eles. Nem parecia que tinha acontecido nada, eu só estava um pouco “chapada”. As memórias são um pouco confusas e eu lembro de acordar de novo em um quatinho de “recuperação” com uma amiga na poltrona ao lado da cama.

Fui para casa aliviada, tinha “resolvido um problema”. Não pensei mais naquilo, não entrei em contato com aquela dor e fui viver minha vida no meu melhor estilo pragmático e frio de lidar com as coisas. Seis meses depois, quando comecei a namorar o cara que poderia ter sido o pai daquela criança, decidi contar para ele, não queria que houvesse um “não dito” daquele tamanho na nossa relação, que começava. Ele me acolheu, ouviu, cuidou, respeitou minha decisão e lamentou por eu ter passado por aquilo “sozinha”. Eu disse que não tinha sido sozinha, mas com amigas, que eu não queria ter passado por aquilo com ele, que eu mal conhecia na época. Mas

a verdade é que eu nunca me senti tão sozinha em toda a minha vida. Mesmo com elas ao meu lado.

2020, cinco anos depois. Tenho 32 anos. Uma amiga me liga desesperada: “estou me separando e grávida dele, você me leva pra fazer um aborto?”. Ela estava com ele há dez anos, moravam juntos há cinco. Ela queria ter um filho com ele, sempre quis. Mas ele não queria mais estar junto e eles estavam em crise há mais de um ano já. Decidiram se separar e ela descobriu a gravidez. Não queria ter aquele filho sozinha, mas com ele. Sem ele, preferia não ter. Expliquei a ela como seria a consulta, o procedimento, como era “tranquilo” e como você sai de lá “zerada”. Nesses cinco anos, acolhi muitas outras mulheres nessa situação, amigas e amigas de amigas que me procuravam com medo antes de ir à mesma clínica. Sempre as acalmei como se fosse uma coisa simples. Dei colo, ouvi e conversei. É bonita a rede que a gente é capaz de criar, mesmo nas situações mais desesperadoras.

Levei a Ana na consulta. Mesma coisa, super protocolar. Para o médico, é só mais um aborto. Para nós, uma marca bem profunda, um pedaço da nossa história. Dois dias depois da consulta, lá estávamos nós para o “procedimento”. Ele saiu do prédio de consultórios e foi para uma casinha mais “arrumada”, com paredes rosas e quadros de flores pendurados. Ela vestiu o aventalzinho roxo aberto atrás e foi levada apreensiva para a sala de cirurgia. Não sem antes pagar cinco mil reais em dinheiro para a enfermeira. Eu disse que tudo ficaria bem. Fiquei ali, esperando na sala de recuperação, naquele quatinho. Pela janela, via a janela de outros dois quartos ao lado, cada um com uma mulher em cima da cama. Elas eram as próximas na fila. Ana foi levada e voltou meia hora depois – super rápido –, completamente grogue, ainda sob efeito do propofol. Ela veio andando, de pé, segurada por uma enfermeira em cada braço. Quando chegou perto da cama, se jogou nela. Estava com a pressão baixa, a pele pegajosa, suave, o lábio branco, babando um pouquinho. As enfermeiras saíram e eu fiquei com ela ali naquele estado. Fiquei meio impressionada. Ela sentou e começou a perguntar:

— Como eu vim parar aqui?

Aí apagava de novo, deitava e logo levantava, sentava na cama e gritava:

— Tô com muita dor!

Chamei as enfermeiras, que me perguntaram se ela tinha alergia a algum medicamento. Como eu ia saber?! Elas não tinham feito uma anamnese básica, não sabiam se ela podia tomar dipirona ou paracetamol. Deram dipirona e eu só senti medo. Aos poucos, ela foi recobrando a consciência, conversamos, ela tomou um lanchinho e saímos de lá. Pronto. Ela tinha resolvido seu problema também.

Acho que levando a Ana para fazer o dela foi a primeira vez que eu parei para olhar para a minha própria história. Até então achava que tinha só “resolvido um problema”. Ali, vendo-a totalmente desamparada e vulnerável, comecei a perceber

como não é tranquilo fazer um aborto em um país onde é proibido. Só ali percebi o quão expostas e correndo risco estamos, mesmo pagando cinco mil reais para fazer em segurança. Quando uma pessoa da minha família foi operada, lembro bem de querer notícias e me alertarem: “ela ainda não voltou pro quarto porque está sob efeito da anestesia”. Ninguém sai andando por aí com uma pessoa anestesiada, de pé! Fiquei muito chocada. Ali, na clínica, ela tinha que sair logo. É uma sala só de “procedimento”, e muitas outras mulheres estavam esperando sua vez. Se fizeram isso com ela – e comigo! – ali, não sei o que podem fazer em lugares menos cuidadosos ainda. Imaginei as mulheres que não têm acesso a uma clínica “boa” como a que frequentamos. Que tomam remédio e ficam sangrando sozinhas em casa, que tomam chás, venenos e se enfiam agulhas de crochê.

Acho que nenhuma mulher acha ok fazer um aborto. É delicado, dolorido, nossas questões mais profundas vêm à tona. Não acho que se fosse legal, seguro e gratuito todas as mulheres fariam assim, “a rodo”, sem pensar. Mas as que fizessem talvez se sentissem mais acolhidas e menos desamparadas, mesmo em uma situação que é péssima por si só. Mulheres abortam no Brasil, isso é um fato. O problema é que muitas morrem ao tentar. Não olhar para isso como uma questão de saúde pública é que é o problema. Temos que ter direito sobre nossos corpos e não nos tornar criminosas ao fazer nossas próprias escolhas. Eu não gostaria que nenhuma mulher passasse pelo que eu e a Ana passamos. E menos ainda que outras passassem por situações piores por não serem privilegiadas como nós.

(12) Iniciei minha vida sexual com 14 anos de idade e contrái HPV. Passei a me tratar com uma médica. Para prevenir uma gestação, ela me sugeriu tomar anticoncepcional, que passei a usar desde então. Em casa não havia espaço para conversar sobre sexo, prevenção de doenças ou gestação – era tudo um grande tabu. Essa médica foi uma grande cuidadora de mim, e era com ela que eu conversava e recebia orientação. Aos 19 anos de idade, tive uma infecção e precisei tomar antibióticos. O médico não me disse que eles cortariam o efeito do anticoncepcional. Percebi rapidamente que algo estava estranho e fiz um exame de sangue. Estava grávida de um “ficante”. Não contei pra ninguém e comecei a pesquisar na internet (durante a madrugada, escondida) como realizar um aborto. Me deparei com uma infinidade de histórias de terror e pensei que poderia morrer se fizesse um aborto. Resolvi pedir ajuda para a minha irmã. Procuramos durante muitos dias. O tempo passava e eu não conseguia fazer mais nada, só pensava em como interromper aquela gestação. O rapaz estava mais desesperado que eu e cometia muitas violências verbais para que eu agilizasse logo um aborto. Consegui uma clínica. Fomos à consulta, o médico nos tratou muito

mal, mas marquei mesmo assim o procedimento de aspiração. No dia, ele não foi. Tinha sido denunciado e fugiu. Minha irmã conseguiu outro contato. Fui com ela. Na época, R\$2.500. O rapaz arrumou o dinheiro e eu fui. Era uma clínica de profissionais bem velhinhos na Vila Madalena. O local do procedimento era no porão. Descendo as escadinhas, me deu medo. Fui sedada e acordei em outra sala, aos prantos e com muita dor. O médico me explicou que já ia passar, e passou. Fui para casa, minha irmã me acompanhou até metade do caminho. Soluçando de tanto chorar, no banho, eu lavava meu corpo e deixava ir embora a angústia: tudo tinha terminado. Só sentia alívio e suspirava por ter sobrevivido.

NOTAS

1. Nathalia Passarinho e Luiza Franco, “Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz”. *BBC News Brasil*, 26 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368#:~:text=Mais%20de%2055%25%20das%20brasileiras,40%25%20de%20gesta%C3%A7%C3%B5es%20n%C3%A3o%20planejadas>.
2. Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Madeiro, “Pesquisa Nacional de Aborto 2016”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653–660, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=is.
3. Alberto Pereira Madeiro e Debora Diniz, “Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563–572, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf.
4. Camila Giugliani, Angela Esther Ruschel, Marina Carolina Belomé da Silva, Melanie Noel Maia e Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira, “O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde”. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791>.
5. Guttmacher Institute. Induced abortion worldwide. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>.
6. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz). *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento*, 2019. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil#:~:text=A%20pesquisa%20%E2%80%9CNascer%20no%20Brasil,p%C3%BAblicas%20de%20ensino%20e%20pesquisa.
7. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde, *Organização Mundial da Saúde*, 2ª ed., 2013. Disponível em. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;sequence=7.
8. Para saber mais, conheça organizações como Women Help Women (<https://womenhelp.org/>),

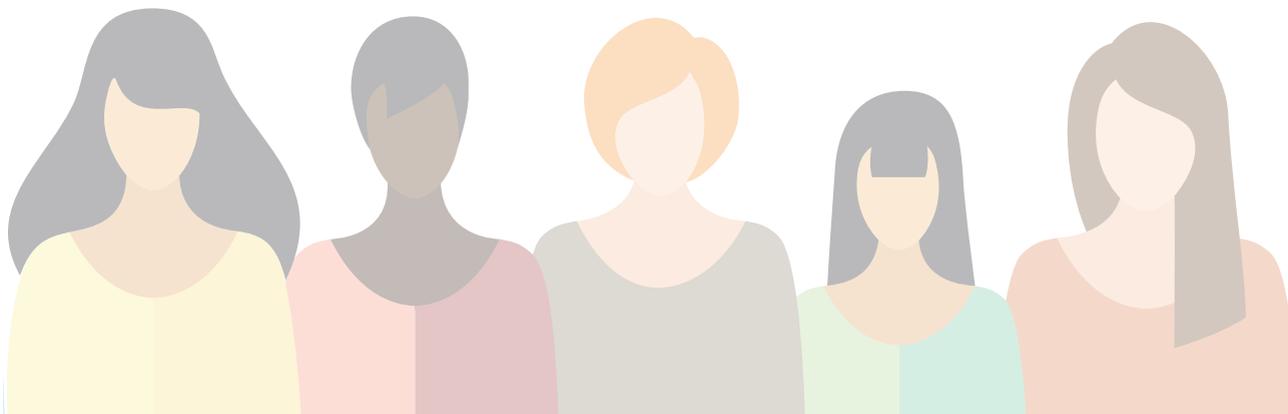
- Socorristas em Red (<https://socorristasenred.org/>), na Argentina, e Lesbianas y Feministas, Línea Aborto Libre, no Chile.
9. *20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil*. Ministério da Saúde, 2009; Portal Catarinas, “A luta pelo direito ao aborto no Brasil”, 2019. Disponível em: <https://catarinas.info/podcast-catarinas-a-luta-pelo-direito-ao-aborto-no-brasil/>.
 10. Mais informações estão disponíveis em: Milena Argenta, Natalia Mori e Soraya Fleischer (orgs.). *CFEMEA – 30 anos de lutas feministas*. CFEMEA, 2019.
 11. Maria Amélia Teles, *Breve História do feminismo no Brasil e outros ensaios*. Editora Alameda, 2017.
 12. Coletivo Margarida Alves. *Guia de Defesa Popular da Justiça Reprodutiva*, 2019. Disponível em: <http://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/03/CARTILHA-Guia-de-Defesa-Popular-da-Justi%C3%A7a-ReprodutivaWEB.pdf>.
 13. Sonia Corrêa. *A audiência pública sobre a descriminalização do aborto no Supremo Tribunal Federal – antecedentes, conteúdos e significados*, 2018. Disponível em: <https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2018/09/Artigo-sobre-ADPF-442.pdf>.
 14. Supremo Tribunal Federal. “Habeas Corpus 124.306/RJ”. Relator: Luís Roberto Barroso – Primeira Turma. *Diário de Justiça Eletrônico*, 30 abr. 2013. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12580345>.
 15. Anis – Instituto de Bioética. *Aborto: por que precisamos descriminalizar?* Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442/ Anis – Instituto de Bioética. Letras Livres, 2019.
 16. Supremo Tribunal Federal. *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442*, DF. Relatora: Min. Rosa Weber. 15 mar. 2017. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5144865>.
 17. Mais informações em: Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Madeiro, “Pesquisa Nacional de Aborto 2016”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=is; Acesso à informação e aborto legal no Brasil: mapeando desafios nos serviços de saúde, Artigo 19, 2019. Disponível em: <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2019/06/RelatorioAcessoInformacaoAbortoLegal.pdf>.
 18. Mais informações em: Paula Guimarães, “O ‘caso das dez mil’ e a suspeita permanente sobre as mulheres”. *Portal Catarinas*, 2 de junho de 2018. Disponível em: <https://catarinas.info/o-caso-das-dez-mil-e-a-suspeita-permanente-sobre-as-mulheres/>.
 19. Mais informações podem ser encontradas em Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky, “Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista”. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311996000100008&lng=en&nrm=iso.
 20. Portal Catarinas, “A luta pelo direito ao aborto no Brasil”, 2019. Disponível em: <https://catarinas.info/podcast-catarinas-a-luta-pelo-direito-ao-aborto-no-brasil/>.

21. Idem nota 15.

22. Para saber mais e ler depoimentos do movimento, consulte a seção “Organização para a mudança: saúde e justiça reprodutivas” e Semprevida Organização Feminista. *Direito ao aborto, autonomia e igualdade*, 2018. Disponível em: <http://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Cartilha-LegalizarAborto-web.pdf>.

PARTE 4

Gravidez, Nascimento & Maternidade





DESEJANDO (OU NÃO) A MATERNIDADE

TRATANDO-SE DE maternidade, nosso leque de opções aumentou significativamente nos últimos sessenta anos. Nas gerações anteriores, devido à pressão social e à falta de acesso a métodos contraceptivos eficazes, quase todas as mulheres com vida sexualmente ativa acabavam engravidando, a menos que tivessem patologias relacionadas à fertilidade. No entanto, atualmente, em função do maior acesso a métodos contraceptivos, dos processos de adoção disponíveis e das novas tecnologias reprodutivas, temos mais controle sobre se, quando e com quem teremos filhas ou filhos. Além disso, mudanças no âmbito das leis e das convenções sociais fizeram com que mulheres que optaram por não serem mães, bem como mães solo, casais homoafetivos e pessoas em outros arranjos familiares que desejam gerar ou adotar uma criança, fossem mais socialmente aceitas, ainda que haja um longo caminho a ser percorrido nessa direção.

Para algumas mulheres, o desejo de ser mãe é forte e inconfundível:

Em algum momento durante os meus dezoito anos, algo biológico começou a pulsar dentro de mim. Eu acho que me lembro de ter sentido isso começar ou, pelo menos, de ter percebido de repente o que estava acontecendo. Do nada, surgiu essa vontade enorme de engravidar, de ter uma pequena criatura vivendo dentro de mim, de sentir o meu corpo passando pelos estágios da gravidez e do parto. Eu penso em estar grávida o tempo todo, e minha barriga e meu peito realmente doem quando vejo pessoas grávidas ou bebês.

Outras mulheres estão certas de que não serão mães no futuro:

Não tenho interesse algum em ser mãe... Felizmente, estou com alguém que também não quer ter filhas ou filhos. Nós conversamos sobre as pressões sociais que sofremos, sobre os julgamentos que enfrentamos e de como é bom estar em uma relação com alguém que partilha da mesma vontade de não querer filhas ou filhos.

Sua gravidez foi desejada? Me perguntaram na consulta de pré-natal. Não me lembro o que respondi, provavelmente menti algo rápido para não lidar muito tempo com aquele incômodo. Até hoje não sei responder a essa pergunta. Pode ser que deseje menos essa maternidade hoje do que antes? Olho para trás e vejo uma jovem feminista que acreditava saber o que estava fazendo com a própria vida. Olho para o hoje e sei que não fazia ideia do que era a maternidade. E como saber? Maternidade compulsória, acesso escasso a métodos contraceptivos não hormonais, nenhuma discussão sobre isso durante todo o período escolar... Tantos fatores indo de encontro a esse questionamento tão importante e, de repente, eu sou mãe. Também olho para a frente. Haverá no mundo algo tão grandioso como isso?

Muitas de nós também temos dúvidas sobre se queremos ou não ser mães:

Pessoalmente não sinto urgência em ter bebê ou uma criança em minha casa... gosto da minha vida como está e penso mantê-la assim por mais um tempo. Isso não me provoca dor ou angústia. Mas, se eu for ter filhos, melhor não esperar tanto, porque quero ter energia e disposição para viver as etapas com alguma qualidade. Dá medo de tudo o que isso implica, das transformações irreversíveis, da dificuldade de conciliar maternidade e trabalho (já que ele toma tanto do meu tempo), dos impactos da maternidade na minha relação com o meu parceiro e com o mundo de forma geral, de sentir o machismo do Brasil patriarcal de forma ainda mais dolorosa. A minha vida é confortável, tranquila, tenho liberdade... estou mesmo disposta a abrir mão disso? Enfim, a conversa vai rodopiando em espiral, não é mesmo? É uma decisão determinante e central... enquanto penso e sinto tudo isso no meu corpo, procuro deixar a vida seguir seu fluxo e estar atenta ao presente, manter algum equilíbrio entre conduzir e ser conduzida pelos caminhos que se apresentam, preservando meu direito de ter algumas convicções e de não ter todas as respostas... o que tiver que ser, será.

Também é possível que tenhamos uma condição clínica que implique mais dúvida sobre a possibilidade e desejo da maternidade:

A cada consulta para acompanhamento da endometriose, sou confrontada novamente com “a” pergunta, já que o meu quadro de ter uma doença crônica que afeta os órgãos reprodutores somado ao aumento da idade tem grandes chances de significar infertilidade. Um tempo atrás, quando o primeiro médico me questionou “por que tu não congela uns óvulos?”, eu fui pega de surpresa; a ideia me soou muito estranha e até violenta. Respondi negativamente, engoli o desconforto e, chegando em casa, um pouco triste sem saber direito o porquê, fui pesquisar o que era exatamente o congelamento de óvulos. Naquele momento me pareceu assustador, invasivo, artificial... não se relacionava em nada com a ideia que eu tinha de me tornar mãe, passar por tantos exames, procedimentos, tomar tantos medicamentos... achei terrível todo o desgaste físico, emocional e financeiro envolvido. Também porque via adoção sempre foi uma possibilidade considerada com carinho.

A realidade social em que nos encontramos interfere em nossos desejos. Você pode ser solteira e não querer criar uma criança sozinha. Pode também estar se relacionando com alguém que não quer ter filhas ou filhos. Poucos recursos financeiros ou outros tipos de problemas também podem tornar difícil vislumbrar a maternidade no mundo atual. Em nosso país, questões relativas a condições sociais, raciais e econômicas pesam substancialmente nessa tomada de decisão. Viver em áreas sujeitas à violência policial sendo uma mulher negra, ter acesso a creche, ter garantia de emprego e direitos trabalhistas ou condições de continuar estudando depois de ser mãe são questões que atravessam a decisão pela maternidade. Você pode estar grávida sem ter tomado essa decisão de forma consciente, ter problemas relacionados à fertilidade ou ter uma doença ou deficiência que a impeça de engravidar de maneira espontânea.

Ter mais controle sobre nosso futuro reprodutivo pode nos dar a capacidade e o tempo necessários para pensarmos e tomarmos decisões mais conscientes em relação à maternidade. Para isso, ainda há um longo caminho a ser percorrido em relação à luta pela garantia de nossos direitos sexuais e reprodutivos e pela justiça reprodutiva.

CONSIDERANDO A MATERNIDADE

Crianças podem trazer alegria e complexidade às nossas vidas. À medida que elas crescem e mudam, nós crescemos e mudamos junto com elas. Podem ser um caminho para o conhecimento de si, pois nos colocam diante de nossos limites de generosidade e entrega. Crianças têm o poder de nos desafiar e nos inspirar.

Ao mesmo tempo, ser mãe envolve trocar a espontaneidade e o aparente controle da vida cotidiana por uma enorme responsabilidade e horários complicados. Conciliar as suas necessidades e sonhos com as necessidades e exigências de suas filhas ou filhos é um desafio constante. Não ser mãe, muitas vezes, significa mais liberdade pessoal e mais tempo, dinheiro e energia para investir em relacionamentos, trabalho e outros interesses e paixões.

Não ter uma criança me proporcionou tempo para seguir meu sonho de cantar e atuar. Permite que eu dê primazia a mim mesma, algo importante por eu exercer uma profissão assistencial. Não consigo imaginar ter de cuidar de clientes o dia inteiro e, ao voltar para casa, tomar conta de crianças a noite toda. Às vezes sinto que estou perdendo algo muito importante, mas a maior parte do tempo estou feliz com a minha escolha. Gosto de ter crianças em minha vida, mas não de ser responsável por elas.

Qual a chance de engravidar?

Por várias razões, incluindo o acesso a métodos contraceptivos, oportunidades de carreira e de educação e questões econômicas, mulheres no Brasil estão optando cada vez mais por postergar a gravidez. Hoje, cerca de 10% das brasileiras têm a primeira filha ou filho depois dos 35 anos.¹ Muitas mulheres que tentam ter bebê em seus trinta, trinta e poucos (ou muitos) anos ou no início dos quarenta, não têm nenhum problema para engravidar. No entanto, é fato que a fertilidade diminui à medida que envelhecemos e muitas mulheres não conseguem engravidar, algumas engravidam depois de algumas dificuldades e outras não conseguem levar uma gravidez até o fim. Essa realidade pode nos colocar em uma situação difícil: podemos nos sentir pouco preparadas para ter bebê, mas também estamos preocupadas se seremos ou não capazes de engravidar mais tarde. A questão, às vezes, parece ser menos se queremos ser mães e mais se não nos arrependemos por não termos sido. Por essas razões, é importante entender o efeito que o envelhecimento tem sobre as chances de conceber e levar uma gravidez até o final.

Durante um ciclo menstrual, uma mulher de vinte e cinco anos tem cerca de 25% de chances de engravidar. Essa porcentagem começa a cair por volta dos vinte e tantos anos e diminui de forma mais significativa a partir dos trinta e cinco, até que, aos quarenta, uma mulher tem, por ciclo, cerca de 5% de chances de engravidar.

No entanto, essas estatísticas parecem mais alarmantes do que realmente são. Uma mulher mais jovem *não* tem cinco vezes mais probabilidade de engravidar

do que uma mulher de quarenta anos; ela simplesmente tem mais chances de engravidar em menos ciclos. Ao longo de um ano, uma mulher com entre 35 e 39 anos tem, aproximadamente, 60% de chance de engravidar espontaneamente (sem tratamentos para fertilidade) após 3 meses de tentativa. Quando o tempo de tentativa passa para 6 meses, a chance é de cerca de 70%. E no período de tentativas de dois anos, a chance de engravidar é de 85%.

É importante ressaltar que os estudos que avaliam taxa de fertilidade são, em sua maioria, antigos e realizados no contexto da reprodução assistida para que outros fatores (como vida sexual) não sejam confundidores. Um artigo de 1982, por exemplo, estudou 2.193 nulíparas submetidas a inseminação artificial. As taxas de fertilidade acumuladas para até 12 ciclos de inseminação foi de 74% até 31 anos, 62% entre 31 e 35 anos e 54% após 35 anos.² Ou seja, há um declínio menos abrupto do que pode fazer parecer o discurso que circula socialmente – segundo o qual é muito difícil engravidar depois dos 35 anos.

Outra questão importante que deve ser levada em consideração é que a maioria das pessoas tem um conhecimento limitado sobre seu ciclo menstrual e janela de fertilidade, e intervenções que pretendam auxiliar mulheres a engravidar depois dos 35 anos devem incluir orientação sobre métodos de percepção de fertilidade, um tema discutido no capítulo 9 – “Métodos contraceptivos”.

A idade afeta nossa capacidade não só de engravidar, mas também de levar uma gravidez até o fim. As anomalias cromossômicas, a causa de mais da metade de todos os abortos espontâneos, são mais comuns à medida que envelhecemos. Uma mulher nos seus vinte e poucos anos tem de 12% a 15% de chances de ter um aborto espontâneo a cada vez que engravida, enquanto uma mulher de quarenta tem um risco de quase 50%. Em mulheres mais velhas, as chances de desenvolver certas condições clínicas durante a gestação, como hipertensão e diabetes, também aumentam.

Além disso, temos visto um aumento substancial de doenças como endometriose e síndrome dos ovários policísticos, ou seja, condições que podem prejudicar a fertilidade.

As estatísticas fornecem informações valiosas sobre a probabilidade de engravidar e/ou levar uma gravidez até ao fim. Elas não podem, no entanto, prever o que vai acontecer com as mulheres, individualmente. Além disso, as decisões sobre quando tentar engravidar, especialmente à medida que envelhecemos, são muitas vezes complicadas por fatores que têm pouco a ver com a idade. Muitas de nós adiamos a maternidade porque não nos sentimos emocionalmente ou financeiramente prontas, ou porque não temos um parceiro e não queremos ser mães solo, por exemplo. Porém, esperar significa que talvez

possamos ter dificuldades de engravidar quando estivermos prontas, que pode vir a ser necessário recorrer a tecnologias reprodutivas que nunca serão 100% eficazes ou então à adoção, que ainda é um tabu para muitas mulheres e famílias. Reconhecer essa realidade em nada diminui a importância ou valor da educação, carreira ou outras escolhas de vida que nos levam a adiar o projeto de ser mãe. Na verdade, essa realidade apenas evidencia como pode ser difícil tomar essa decisão e decidir quando tentar engravidar.

Como tantas outras escolhas que fazemos ao longo da vida, a decisão de ter filhas ou filhos é influenciada pelas nossas famílias, pelos nossos círculos sociais, pela nossa cultura e pela sociedade em que vivemos. Pode ser difícil separar nossos sentimentos sobre a maternidade da pressão externa que a maioria de nós sente para ter uma filha ou filho.

As mídias de massa tentam assustar as mulheres com a ideia de que casamento e maternidade são as coisas mais importantes na vida e eu debato essa ideia. As pessoas, especialmente as mulheres que permanecem solteiras, são vistas como fracassadas, independentemente de quão bem-sucedidas e realizadas elas sejam em outros âmbitos de suas vidas.

Os conceitos de dispositivo amoroso e dispositivo materno, empregados pela brasileira Valeska Zanello, ilustram muito bem essa questão.³ Fazendo o exercício básico de inversão de papéis a que nos convida a teoria feminista, podemos ver que um homem solteiro e bem-sucedido financeiramente ainda é visto com frequência com uma certa “inveja” por seus pares masculinos, como um homem que “soube aproveitar a vida”. Há, ainda, diversas “piadas” ou “brincadeiras” em camisetas ou enfeites de bolos de casamento em que homens são levados à força ou algemados ao casamento. Constantemente, homens se vangloriam de não saber cuidar de suas filhas e filhos ou de terem náuseas diante da troca de uma fralda suja. Ao mesmo tempo, não é raro que mulheres solteiras e sem filhas ou filhos, por mais bem-sucedidas que sejam em suas carreiras ou em outros aspectos prazerosos da vida, sejam tidas como infelizes ou tenham o sucesso profissional creditado à ausência do matrimônio ou da maternidade. Quando não, o sucesso profissional é tido como um mero paliativo à infelicidade central da não realização como mãe, que inclusive reduziria a identidade de mulher – para além do fato de mulheres serem convocadas a “maternarem” o tempo todo, tendo filhas ou filhos ou não. O tema é extensamente debatido pela autora e vale muito a pena o aprofundamento.

Muitas questões surgem quando pensamos se devemos ser mães. A maioria delas não têm respostas prontas e é atravessada por questões sociais altamente complexas: o meu trabalho me dá estabilidade financeira? Posso um ambiente familiar minimamente favorável? Tenho um relacionamento amoroso ou familiar que é abusivo de alguma forma? Há problemas ou doenças que podem ser transmitidas geneticamente? Como vou balancear o trabalho com tomar conta da criança? Se sou solteira, como é que ter uma criança afetaria minhas relações amorosas? Tenho acesso a serviços de saúde? Como funciona o serviço de saúde da minha região? Quais serão os custos financeiros? Que tipos de valores eu gostaria que minha filha ou filho tivesse e quem poderia me ajudar a passá-los para ela ou ele? Em que tipo de comunidade gostaria de criar minha prole? Teria apoio se eu ou minha criança desenvolvesse uma deficiência? Estou pronta para preparar uma criança para lidar com dificuldades da vida, como racismo, machismo e homofobia? Sou muito nova? Estou muito velha? E se alguma coisa acontecer comigo e outra pessoa tiver de criar minha filha ou filho? E por aí vai...

Isso é só o começo. Se você está com uma pessoa, há algum tipo de conversa sobre a forma de envolvimento na educação da criança que você e a pessoa gostariam de ter? Alguém de vocês ficaria em casa com a criança? Optariam por colocá-la em uma creche? Haverá divisão de tarefas equilibrada? Você seria apoiada em suas necessidades com relação ao seu trabalho e estudos?

A professora e médica brasileira – e uma das colaboradoras deste livro – Carmen Simone Grillo Diniz trabalha com o conceito de maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada como o horizonte que devemos buscar na sociedade.⁴ Há um ditado africano que enfatiza que, para criar uma criança, é preciso uma vila inteira. Portanto, questões sobre a parceria, a família, os direitos trabalhistas e a seguridade social são centrais quando se discute a decisão sobre ter ou não uma filha ou filho, especialmente quando se deseja construir uma sociedade em que as crianças não sejam responsabilidade exclusiva das mães e em que elas, bem como pais e famílias, tenham espaços comunitários de compartilhamento de experiências, fortalecimento e apoio mútuo.

É importante também enfatizar que, numa sociedade que exige tanto das mulheres, e especialmente em relação à criação da prole, muitas de nós seremos levadas a pensar que é impossível sentir-se completamente pronta para ser mãe, e certamente é preciso ser crítica sobre como é socialmente construído o ideal de “boa mãe” e como ele é sempre inalcançável. Da mesma forma, é bom lembrar que a maternidade é, desde o início da gestação, uma grande experiência concreta da nossa falta de controle diante dos processos profundos e complexos da vida e que sempre ocorrerão fenômenos para os quais é impossível se preparar.

Meu marido e eu discutimos durante um bom tempo se queríamos ou não ter uma filha ou filho. Há razões suficientes para ter uma criança, assim como há também para não ter. Em nosso relacionamento, todas as decisões que tomamos foram muito ponderadas e, às vezes, as coisas demoravam um pouco a acontecer, mas quando decidimos aumentar a família, nós apenas fechamos os olhos e saltamos. Se tivéssemos ponderado sobre a decisão, assim como ponderamos as nossas outras decisões, nunca teríamos tido uma criança!

Ao considerar a maternidade

Aqui estão alguns desafios, concepções errôneas e questões frequentes que podem influenciar sua decisão:

- **Evitar uma decisão consciente.** Algumas mulheres deixam a natureza “decidir” e optam por não usar contraceptivos. Outras adiam por tanto tempo que, eventualmente, acabam perdendo o poder de escolha.
- **Ceder à pressão da família ou amigos.** Se você vem de famílias mais tradicionais, sua mãe e seu pai, em especial, podem estar ansiosos para que você tenha filhas ou filhos para que eles possam ser avós. Além disso, seus familiares podem estar esperando que você engravide até uma certa idade. Ou, se você teve questões familiares mais profundas, pode ter um desejo de viver uma experiência que não teve. Você pode também sentir-se pressionada se muitas, ou todas, as suas amigas estão engravidando.
- **Deixar que a pessoa com quem mantém um relacionamento decida por você.** A pessoa com quem você mantém um relacionamento pode querer ter filhas ou filhos ou querer que você prometa que não terá. Você talvez ceda à pressão se estiver com medo ou se sentindo insegura e queira se livrar logo da questão. Entretanto, essa é uma decisão não pode ser tomada de maneira coagida. Fique sempre atenta aos *seus* sentimentos.
- **Achar que seu parceiro ou parceira irá mudar.** É um equívoco pensar que características ou hábitos desaparecerão se uma criança surgir no relacionamento, ou que a maternidade/paternidade fará com que o comportamento de qualquer pessoa melhore. Algumas pessoas se transformam e mudam com a parentalidade e outras (a grande maioria delas) mantêm sua forma de ser.
- **Ter uma ou mais crianças.** Muitas de nós achamos que devemos ter mais de uma criança para dar à primeira uma companhia, além de evitar que ela seja mimada. No entanto, filhas ou filhos únicos não são mais ou menos mimados, solitários ou desajustados do que as crianças que têm irmãos ou irmãs. Para muitas pessoas, uma família com uma só criança funciona perfeitamente.

- **Decidir sem saber como as crianças realmente são.** Como você se sente quando está com bebês e crianças? Conheça melhor as filhas e os filhos de suas amigas ou as suas sobrinhas, sobrinhos, primas e primos. Leve-os para o parque. Façam uma festa do pijama. Passe uma tarde jogando com eles. Você se divertiu? Sentiu-se confortável?
- **Ser uma boa mãe.** É comum duvidar de suas habilidades maternas. Tenha certeza de que você pode aprender, crescer e mudar, conversando com pessoas que te apoiam, lendo livros sobre maternidade, convivendo com outras mães ou discutindo seus medos e preocupações com uma psicóloga ou psicólogo. É um erro acreditar que já nascemos prontas. Só é preciso disposição para aprender.

QUESTÕES DA INFÂNCIA

A maioria de nós traz problemas da infância para a idade adulta. Muitas vezes é difícil pensar seriamente em ter uma criança até que você encare, ao menos em parte, as questões que mais te afligem.

As mulheres que tiveram infâncias particularmente difíceis geralmente acham bem complexo tomar decisões sobre ter filhas ou filhos.

Durante muito tempo não quis ser mãe. Esse meu desejo foi motivado pelo jeito que minha mãe e meu pai eram. Era uma loucura. Não queria trazer uma criança ao mundo com esse tipo de bagagem.

Se você se sente angustiada por coisas que aconteceram a você quando mais nova, você pode se perguntar se será capaz de cuidar de uma criança. Muitas mulheres que sofreram abuso físico e/ou sexual temem as mudanças físicas da gravidez. Exames médicos e inseminações artificiais podem ser invasivos para essas pacientes. Algumas mulheres com histórico de abuso acham que a gravidez e o nascimento de bebês podem desencadear memórias, revitimização (em especial se passarem por violência obstétrica), sentimento de impotência e uma série de desconfortos.

No entanto, refletir e abordar essas questões pode proporcionar uma oportunidade de cura e crescimento, quer nos tornemos mães ou não e, se o fizermos, isso ajudará na transição para uma escolha mais consciente sobre exercer ou não a maternidade.

Ir a uma psicóloga ou psicólogo, por exemplo, certamente pode lhe ajudar a ver seu passado de maneira menos árdua e abrir espaço para considerar a maternidade, assim como conversar com pessoas próximas, encontrar grupos de mulheres ou fre-

quentar organizações religiosas têm papel importante na ressignificação das nossas experiências.

No Brasil, temos o Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma grande referência internacional na oferta de serviços de base comunitária em saúde mental, apoiado também pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É muito importante conhecer os serviços do seu bairro e município e as suas possibilidades de acesso e, caso eles não existam ou não forneçam o atendimento que você deseja ter, fazer parte de sua construção para que eles sejam cada vez melhores para você e para as mulheres ao seu redor. Caso isso leve um pouco mais de tempo do que sua necessidade em saúde mental, algumas organizações feministas não governamentais, coletivos de mulheres, serviços de saúde-escola e outras organizações comunitárias na sua região podem oferecer ajuda profissional gratuita ou de baixo custo.

TOMANDO A DECISÃO

Sendo a filha mais velha, passei muito tempo ajudando minha mãe a cuidar de minhas irmãs. Não me lembro de ter sido uma criança feliz e não me lembro também de querer ou pensar em ter filhas ou filhos um dia. Depois me tornei assistente social e comecei a trabalhar com jovens. Um dia percebi que passava todo o meu tempo cuidando de crianças, exatamente o que eu pensava que não queria fazer! Depois de superar meus medos, eu finalmente tive uma filha, e isso é a melhor coisa que já aconteceu em minha vida. Ela é a minha alegria e eu me sinto muito sortuda. O meu maior arrependimento é ter começado tarde demais e ter tido apenas uma filha.

Adoro crianças, mas nunca tive vontade de tê-las. Sempre me perguntei sobre como seria montar um quebra-cabeças em que as peças são cuidar de você mesma e ser mãe ao mesmo tempo. Estive solteira a maior parte dos meus 30 anos, depois me envolvi com alguém que tinha a certeza de que não queria filhas ou filhos. Mas eu ainda sentia que era importante fazer uma escolha minha, pois não queria desistir só porque ele tinha dito não. Falei com muitas mulheres, considerei ambos os lados e decidi não ter filhas ou filhos. A parte mais difícil foi contar à minha mãe e ao meu pai, porque senti que ambos ficariam desapontados comigo. Mas quando o fiz, senti um enorme alívio e, na verdade, não pensei muito nisso desde então.

Tive uma filha aos 46 anos de idade. Antes disso, embora eu amasse estar com as filhas ou os filhos de outras pessoas, sempre que algo acontecia e a criança me irritava, eu pensava comigo mesma: como eu poderia suportar a responsabilidade de ser mãe em tempo integral? De alguma forma, quando me tornei mãe, isso mudou. Há um vínculo intangível e indescritível, intrínseco à relação que, a longo prazo, transcende as pequenas situações irritantes do dia a dia.

DECIDINDO NÃO TER FILHAS OU FILHOS

Quando eu e meu marido já tínhamos alguns anos de casados, constantemente nos perguntávamos sobre quando começaríamos uma família; a pressão vinha principalmente de nossas mães, cujas amigas eram todas avós. Depois houve mais um tipo de pressão, quando todas as nossas amigas estavam tendo filhas e filhos e isso mudou a dinâmica de nossas amizades, o que foi um resultado inesperado quando optamos por não ter filhas ou filhos.

As pressões sociais e familiares que as mulheres sofrem para serem mães podem ser intensas. Nossa cultura acredita que a maternidade é uma parte intrínseca de ser mulher e muitas pessoas acham que uma mulher não pode ser verdadeiramente realizada se não tem filhas ou filhos. Algumas de nós que optam por não serem mães são muitas vezes julgadas como egoístas. Muitas acham útil juntar-se a um grupo de apoio ou encontrar outras formas de se conectar com pessoas que apoiam e entendem essa escolha. No Brasil, há grupos organizados em redes sociais, como Facebook e Instagram, que prestam apoio e acolhem mulheres que não desejam ser mães, e um dos principais temas é o acesso à laqueadura para mulheres sem filhas ou filhos.

A Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96) garante o acesso à laqueadura por mulheres que possuam pelo menos dois filhos ou filhas ou sejam maiores de 25 anos. Uma vez enquadrada em uma dessas condições, é necessário ter autorização do cônjuge, caso a mulher seja casada, e aguardar um prazo mínimo de 60 dias entre o pedido e o ato cirúrgico (para o caso de arrependimento), período no qual a mulher tem que frequentar reuniões de planejamento familiar.⁵ Fora dessas condições, a lei permite a laqueadura somente em casos de risco à vida ou à saúde da mulher, com parecer de dois médicos.

Apesar de ter sido editada com o objetivo de impedir a esterilização compulsória e estimular o acesso a procedimentos menos invasivos, reversíveis e mais eficientes de contracepção, a Lei de Planejamento Familiar, no que se refere à laqueadura, é vista

por muitas como restritiva à autonomia das mulheres. Isso porque ela vai contra a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que entende que, uma vez realizado “um aconselhamento adequado e consentimento esclarecido, qualquer mulher pode fazer a esterilização com segurança”.⁶

Outro ponto bastante questionado é a exigência, quando a mulher é casada, de autorização do companheiro, o que contraria o direito à autonomia das mulheres sobre o próprio corpo e o direito a um planejamento familiar livre e incondicionado.

E, mesmo nos casos em que as mulheres cumprem com os requisitos previstos, é comum que, especialmente aquelas que não têm filhas ou filhos, enfrentem resistência de profissionais de saúde em realizar o procedimento, tanto na rede pública quanto privada de saúde.

Quando eu fiz o meu pedido, o médico falou de cara que eu ia me arrepender, porque eu era muito nova e que eu ainda podia casar com um cara que quisesse ter filho e por isso eu não conseguiria levar a decisão por muito tempo.⁷

As formas de realização na vida de uma mulher são tão múltiplas e diversas quanto as próprias mulheres! Muitas mulheres estão extremamente satisfeitas com sua decisão de não ter filhas ou filhos, assim como muitas mulheres que se tornaram mães se arrependem disso e têm pouquíssimo espaço social, familiar e mesmo pessoal para entrar em contato e elaborar essas questões. O suposto “instinto materno” ou a construção de uma predisposição natural da mulher para a maternidade é uma construção social do patriarcado, como bem analisa a filósofa Elisabeth Badinter.⁸

CAMINHOS PARA A MATERNIDADE

Receber crianças em nossas vidas nos traz momentos que são muitas vezes ambivalentes, com euforia, medo, tristeza, frustração e alegria. Esta seção tenta oferecer uma breve visão sobre os vários caminhos diferentes para a maternidade: conceber e dar à luz, adotar ou cuidar de uma criança adotiva.

TENTANDO ENGRAVIDAR

É incrível quão pouco nos ensinam sobre os nossos corpos nas aulas de saúde. Temos algumas aulas básicas sobre métodos contraceptivos, mas é só isso. Onde está a informação detalhada sobre a previsão de nossa ovulação? E as informações para aprender a monitorar nossos próprios padrões de fertilidade? Isso com certeza não foi abordado no meu ensino médio.

Uma vez que você decide tentar engravidar, pode se surpreender ao descobrir que, ao longo da vida, ouviu muito mais sobre a prevenção da gravidez do que sobre como engravidar de fato. Temos em geral (quando ela existe) uma educação sexual centrada em infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações não desejadas, que, muitas vezes, constrói ao longo da vida desinformação e culpa em relação à sexualidade e pouca intimidade com prazer e os ciclos femininos. Mapear o seu ciclo menstrual é uma boa maneira de aprender sobre os sinais de fertilidade e otimizar a sua chance de engravidar. Existem métodos de percepção de fertilidade que podem ser muito úteis para que não se perca a janela de fertilidade e se tenha relações nesse período. Entender quando acontece a ovulação e perceber seus sinais (muco e temperatura) também pode gerar uma confiança para quem passa a vida com medo de engravidar jovem e depois tem medo de não conseguir engravidar. Nossa educação é baseada na construção de medo e desconfiança sobre nossos corpos.

O ideal seria você se consultar com sua profissional de saúde de confiança antes de começar a tentar engravidar. Essa consulta poderá ajudá-la a aprender mais sobre como se preparar para uma gravidez, já que nela uma boa profissional de saúde:

- Perguntará sobre suas gravidezes e partos passados, investigará seu histórico familiar para ver se há alguma doença genética em sua família e examinará você para identificar possíveis problemas que possam surgir em sua gestação. Buscará caminhos que a ajudem a lidar com suas condições médicas atuais e, assim, evitar complicações na gravidez.
- Reverá todos os medicamentos que você está tomando e recomendará alterações, se necessário.
- Oferecerá todas as vacinas que você precisa tomar antes e durante a gestação. Aconselhará você a tomar suplementos de ácido fólico (400 mcg por dia, para a maioria das mulheres) alguns meses antes de começar a tentar engravidar.
- Identificará quaisquer exposições ambientais e/ou ocupacionais não seguras que você possa reduzir ou eliminar durante a gravidez.
- Identificará situações de violência intrafamiliar, podendo, assim, acionar a rede de suporte pública e colaborar na construção de rede de suporte comunitária.

Algumas pessoas desejam certificar-se de que são férteis antes de começarem a tentar engravidar ou mesmo para que possam pesar esse fato na sua decisão. Somos educadas a desconfiar de nossa fertilidade e podemos desejar nos certificar de que somos férteis.

No entanto, não é necessário realizar exames que avaliem fertilidade diante do desejo de gravidez. A recomendação de investigar infertilidade deve iniciar depois de um ano de tentativas para mulheres acima de 35 anos e depois de 6 meses para mulheres acima de 40 anos.⁹

ADOÇÃO

A adoção é outra forma de ser mãe. Você pode não engravidar ou pode ter uma condição médica, uma doença que tornaria a gravidez e o parto arriscados para você mesma. A escolha pela adoção é uma forma absolutamente legítima e possível de exercício da maternidade.

Mas é preciso considerar inúmeras coisas ao pensar em adoção. O que acha de ter e manter contato com a mãe biológica da criança? Você gostaria de ter uma filha ou filho que se assemelhe tanto quanto possível a você ou aceitaria uma criança de outra raça ou etnia? Você quer adotar uma ou um recém-nascido, uma bebê mais velha ou uma criança? Está disposta a adotar uma criança com problemas emocionais e de saúde? Você está pronta para ser mãe de qualquer criança que você conseguir adotar?

Eu decidi adotar a Katy e ela tem sido a maior alegria da minha vida. Ela tem 11 meses de idade e nasceu no Cazaquistão. Várias pessoas comentaram que a Katy é muito sortuda ou que eu sou muito corajosa por fazer isso sozinha. Sinceramente, a sortuda sou eu por ter uma filha tão maravilhosa, e coragem não tem nada a ver com isso. O amor e o desejo de uma mãe foi o que fez (e continua a fazer) esta família dar certo. Nunca tive tanta certeza de nada em minha vida como tenho agora e estou muito feliz por ela ser minha filha.

No Brasil, as filas de adoção seguem critérios de georreferenciamento, isto é, são divididas por estados, municípios e regiões e levam tempo.

As famílias adotantes podem escolher critérios que determinam o perfil da criança a ser adotada (cor, idade, deficiência física e intelectual, entre outros). Por conta disso, muitas crianças permanecem à espera de famílias adotantes nos abrigos, ainda que existam mais casais nas filas de adoção do que crianças para serem adotadas. Se, por um lado, a adoção de bebês, em especial do sexo feminino (o perfil mais desejado pelas famílias), é bastante rápida, de outro, meninos negros acima de 8 anos de idade, especialmente os que possuem algum diagnóstico médico-clínico, em sua maioria, permanecem até 18 anos de idade sem ser adotados.

A adoção é, portanto, um processo desafiador para as famílias que perdem a guarda ou entregam suas filhas ou filhos de maneira protegida ao Estado, para as pessoas adotantes e, especialmente, para as crianças.

Famílias homoafetivas e adoção

Embora um número crescente de mulheres lésbicas e bissexuais, assim como de homens gays, esteja optando por adotar crianças, muitas de nós ainda enfrentam discriminação à medida que decidimos aumentar nossas famílias.

No Brasil, a Constituição Federal, a legislação que regulamenta a união estável e, mais recentemente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), amparam a adoção por casais homoafetivos.¹⁰

O processo de adoção pode nos forçar a enfrentar questões éticas muito complexas que as pessoas que geram crianças biologicamente raramente precisam enfrentar. O processo de estudo do domicílio e outros indicadores de aptidão parental são aplicados apenas a pessoas que optam pela adoção, por exemplo. Quanto controle deveríamos ter sobre a seleção de uma criança? Como podemos estar conscientes, evitar e trabalhar para prevenir situações que exponham mães biológicas a exploração ou coação? No que diz respeito ao grau de abertura na adoção, como manter o equilíbrio entre as necessidades da criança, da genitora e do genitor e das mães adotivas? Será que aquelas de nós que vivem em nações mais ricas têm direito a criar crianças que foram abandonadas em outras partes do mundo por conta da pobreza ou estigma social? Como podemos ajudar nossas crianças a lidar com os problemas raciais, culturais e de identidade que elas possam vir a enfrentar mesmo por parte de familiares muito próximos?

Muitas acham útil juntar-se a comunidades de mães adotivas e/ou futuras mães adotivas. Elas podem responder a perguntas, lhe mostrar possíveis soluções para problemas que você venha a enfrentar e apoiá-la nas alegrias e dificuldades do processo de adoção. Esses grupos estão disponíveis em muitas cidades, e muitos sites sobre adoção oferecem suporte on-line. Além disso, a doulagem para adoção tem se tornado uma prática comum, podendo também ser uma forma de encontrar apoio para o exercício da maternidade.

Relacionamentos e sentimentos

O processo de adoção pode ser uma jornada ambivalente tal qual a maternidade biológica. Muitas vezes, sentimos frustração, tristeza, impotência, ansiedade e impaciência. Se você passou pela tentativa da gestação biológica sem sucesso, você pode estar contente por finalmente se tornar mãe e, ainda assim, estar de luto pelas gravidezes que nunca terá.

Por outro lado, se você resolver adotar por escolha ou preferência e não por infertilidade, suas principais dificuldades, provavelmente, serão logísticas. O tempo que se leva para encontrar sua criança pode parecer interminável e é difícil planejar bastante com antecedência.

As mulheres que se tornam mães por meio de adoção necessitam de apoio tanto quanto as mulheres que se tornam mães por meio da gravidez. A logística de sua vida, seu senso de identidade e seus relacionamentos vão mudar. Além disso, você enfrentará desafios exclusivos da adoção. Você não vai parecer grávida, então você

pode optar por não discutir os detalhes de seu processo de adoção. Caso opte por não discutir a adoção, outras pessoas podem não perceber as durezas de sua experiência, visto que seu processo de se tornar mãe não é aparente tal como uma gravidez. Além disso, algumas pessoas ainda não compreendem a adoção e, por conta disso, fazem juízo de valor sobre ela.

FAMÍLIAS E MÃES NECESSITAM DE MUITO APOIO

Ser mãe é um trabalho emocional, física e financeiramente árduo. A nossa sociedade patriarcal não atende às necessidades complexas das mães e das crianças, nem apoia e valoriza verdadeiramente o cuidado que elas têm com as famílias, desvalorizando o trabalho feminino e a economia do cuidado. Para que as mulheres equilibrem as exigências da família e do trabalho, precisam de um compromisso público com políticas públicas que tornem prioridade suas necessidades e as das crianças, como creches, licença-maternidade, apoio ao aleitamento materno nas instituições escolares e nos trabalhos, ampliação da licença-paternidade e apoio aos estudos das gestantes adolescentes.

É preciso também que as mulheres possam escolher não ser mães e ter de fato apoio nessa decisão por meio do acesso a métodos contraceptivos de longa duração, sejam eles hormonais ou não hormonais. Precisamos de políticas de parto respeitoso e sem violência para que a entrada na maternidade seja marcada por alegria e segurança e não por sofrimento. Precisamos remunerar bem nossas professoras. Precisamos de comunidades seguras que vivam sob proteção e não sob ameaça para as crianças e jovens, porque a realidade de mulheres negras nas periferias é que nunca sabem se suas filhas ou filhos voltarão para casa com vida.

Criar filhas e filhos é um trabalho importante e valioso que merece apoio social e econômico. Independentemente de nossa escolha sobre ser ou não ser mães, todas temos uma participação na próxima geração e precisamos trabalhar em conjunto para promover melhores políticas públicas que promovam esses direitos e o exercício da maternidade num contexto de justiça reprodutiva.

NOTAS

1. Adriana Miranda-Ribeiro, Ricardo A. Garcia e Tereza Cristina de A. B. Faria, “Baixa fecundidade e adiamento do primeiro filho no Brasil”. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 36, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-0102-30982019000100155#B15.

2. D. Schwartz e M. J. Mayaux, “Female fecundity as a function of age: results of artificial insemination in 2193 nulliparous women with azoospermic husbands”. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, n. 7, 1982. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198202183060706>.
3. Valeska Zanello, *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 2014.
4. Carmen Simone Grillo Diniz, *Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada – Breve história de uma luta*, 2000. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/documentos/maternidade_voluntaria.pdf.
5. Suzana Rodrigues, “Laqueadura: tudo o que você precisa saber sobre o procedimento”. *AzMina*, 11 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/laqueadura-tudo-o-que-voce-precisa-saber-sobre-o-procedimento>.
6. Organização Mundial da Saúde, *Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde*, 2007.
7. Trecho retirado da reportagem de Suzana Rodrigues, “Laqueadura: tudo o que você precisa saber sobre o procedimento”.
8. Elisabeth Badinter, *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
9. Mais informações em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2014/03/female-age-related-fertility-decline.pdf>.
10. Ao tratar dos requisitos necessários para a adoção, o ECA não faz qualquer menção à orientação sexual das/dos adotantes como um fator a ser considerado no processo e nem determina qualquer forma de composição da futura família. Desde que casais LGBT+ atendam aos requisitos estabelecidos pelo ECA e demonstrem condições psicológicas e sociais para adoção, o procedimento deve ser realizado. É importante mencionar que, caso a adoção seja impedida em razão da orientação sexual das pessoas adotantes, tal comportamento é ilegal e configura-se como discriminação.

GRAVIDEZ E PREPARAÇÃO PARA O PARTO

TRAZEMOS PARA a hora do parto nossas histórias, relações, rituais, necessidades e valores mais íntimos. Trazemos ainda a nossa sexualidade, a qualidade e o estilo de vida familiar, as tradições da nossa região, assim como as nossas crenças mais profundas, inclusive os nossos medos sobre a vida, o nascimento e a morte.

A gravidez e o nascimento são acontecimentos tão comuns e, ao mesmo tempo, tão extraordinários como respirar, pensar ou amar. Se você está tendo a sua primeira ou seu primeiro bebê ou se já é mãe, lembre-se de que cada gravidez é única e desperta as suas capacidades de criatividade, flexibilidade, determinação, intuição, resistência e humor. Da mesma forma, cada gravidez deve ser acompanhada por cuidados pré-natais de alta qualidade, informações precisas sobre a gestação e o parto, acesso a uma ampla gama de opções de cuidados para uma gravidez segura e saudável e também de tempo suficiente para a licença-maternidade. Você merece incentivo, amor e apoio daquelas e daqueles que estão perto de você, além de uma casa e um ambiente de trabalho seguros, alimentação balanceada e tempo para se exercitar e descansar.

Procure vivenciar a sua gravidez e o parto dentro do que as defensoras e defensores do parto humanizado chamam de “um clima de confiança”. Na hora de tomar decisões, acredite que você é a pessoa mais importante e que sua opinião e escolhas devem ser acolhidas pelos seus familiares, profissionais de saúde e pelas pessoas ao seu redor. A sua autoconfiança, seus sonhos, sua experiência e sua forma de ver o mundo ajudam muito a enfrentar o medo e o desconhecido.

Alguns dos fatores que contribuem para esse “clima de confiança” só podem ser alcançados com esforços coletivos para resolver os grandes problemas do nosso sistema de saúde e cuidado à gestante. Outros fatores estão ligados às suas próprias escolhas pessoais. Neste capítulo, você verá como se preparar para um parto seguro e saudável e como funciona a rede de cuidados à gestante. Essa rede fornece orientações necessárias para que a gestante escolha o melhor acompanhamento para a sua gravidez, desde a gestação até o nascimento. Dessa forma, ela é respeitada como uma participante ativa em todo o processo, se sentindo confortável e segura até o momento do parto.

Este capítulo não aborda as mudanças físicas típicas da gravidez, o desenvolvimento fetal normal, as maneiras de lidar com o desconforto da gravidez ou os sintomas

e tratamentos relacionados às complicações da gravidez. Muitos livros e vídeos excelentes cobrem esses temas com profundidade. Sugerimos alguns:

- “Caderneta da gestante do SUS” (Ministério da Saúde), um manual de pré-natal com a explicação dos exames, gestação, parto e pós-parto, que traz uma ficha perinatal para a pessoa profissional de saúde preencher. O PDF está disponibilizado na internet gratuitamente.
- Os livros *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*, de Carmen Simone Grilo Diniz e Ana Cristina Duarte (2004), *O parto é da mulher*, de Cristina Balzano (2019), *A maternidade e o encontro com a própria sombra*, de Laura Gutman (2003); *Parto sem medo*, de Alberto Guimarães (2016), e *Parto Ativo*, de Janet Balaskas (1993), trazem informações sobre o pré-natal, o parto, o pós-parto e sobre a saúde física, mental e emocional preparatórias para o parto e o nascimento. Se você preferir ler e conhecer mais sobre relatos de parto humanizado, recomendamos o livro *Parto com Amor*, de Luciana Benatti (2011), e *Eu não quero (outra) cesárea: ideologia, relações de poder e empoderamento feminino nos relatos de parto após cesárea*, de Luciana Carvalho Fonseca (2015).
- Vale a pena também ler os livros e ver os vídeos do obstetra francês Michel Odent, autor da frase “para mudar o mundo, é preciso mudar a forma de nascer”, que é muito provável que você já tenha escutado. Ele tem várias publicações traduzidas para o português. Visite a página do Instituto Michel Odent (institutomichelodent.com.br).
- A série de filmes “O renascimento do parto”, disponível em plataformas de streaming na internet.
- Os documentários “Parto, da violência obstétrica às boas práticas” e “Cesárea, mitos e riscos”, ambos dirigidos por Bia Fioretti, fazem parte da série “Nascer no Brasil”, produzida pela Fiocruz, e trazem um panorama do nascimento no sistema público e privado brasileiro.

Relatos de parto

Relatos de parto são histórias. E as histórias são o principal meio pelo qual o indivíduo constrói o sentido de suas experiências. No tempo em que as mulheres detinham o conhecimento sobre o parto e dominavam sua técnica, a transmissão desse conhecimento envolvia a prática e a contação de histórias. Os relatos de parto faziam parte de uma tradição oral feminina, passados de geração a geração. Para muitas, esse legado de conhecimento sobre o corpo e a identidade das mulheres era a fonte primária de informação. Até meados do século passado, mulheres aprendiam com mulheres sobre parto, pois até então os nascimentos ocorriam predominantemente em casa.

Com o processo industrial e o desenvolvimento de tecnologias diversas, a passagem do nascimento pertencente ao feminino-doméstico para o masculino-público decorreu de uma nova estrutura médico-hospitalar, que corrobora o modelo patriarcal da sociedade, centrado no masculino, e também na ciência, nas instituições – no controle da natureza pelo homem. Com os avanços da medicalização e da hospitalização, as mulheres foram distanciadas de um contexto sobre o qual, até meados do século 19, ainda detinham controle: o nascimento. A perpetuação de um modelo agora totalmente centrado no médico – e no masculino – está representada na seguinte fala:

“Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é para eu tirar essas ideias de parto hippie da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico.”

O conhecimento sobre o nascimento foi retirado das mãos das mulheres, aumentando o medo do parto, afinal o desconhecido é naturalmente temido. À medida que os nascimentos passam a ocorrer em hospitais, ‘nascer’ já não está mais na esfera da pessoa comum – no caso, as mulheres – e não pode mais ser acessado por elas.

Devido ao sistema centrado no médico, histórias entre avós, mães e filhas foram modificadas e apagadas. As mulheres foram ‘silenciadas quimicamente’ (alusão ao uso da anestesia) e existem gerações sem histórias de parto. A ausência da troca de experiência entre as mulheres faz com que poucas saibam que o momento do nascimento pode incluir apoio, orientação verbal, carinho e cuidado.

O domínio da ‘ciência’, da cesárea, da anestesia, da tecnologia, enfim, dos aspectos médicos do nascimento contribuiu para o apagamento da tradição de contar histórias e para a valorização do medo do parto no Brasil e no mundo.

O caso brasileiro também é exemplo do ‘silenciamento’ das mulheres. As mulheres brasileiras não foram caladas apenas pelo controle da dor nos partos vaginais – como é relatado nos Estados Unidos –, mas foram completamente extirpadas de qualquer participação em seu próprio parto com a explosão do número de cirurgias cesarianas a partir da década de 1970, que fez do Brasil de hoje o líder mundial em cesáreas, chegando a 90% dos nascimentos na rede particular, na maioria cirurgias eletivas, sem real indicação clínica.

Passados 40 anos desde a explosão das cesarianas no Brasil, muitas das mulheres nascidas na década de 1970 já se tornaram mães. Várias delas, sobretudo as de classe média, nasceram por meio de cirurgia e foram preparadas pelo discurso hegemônico para encarar a sua própria operação, pois as histórias

de parto de suas mães e avós não lhes foram transmitidas. O movimento pela humanização do parto reforça o poder dos relatos de parto e encoraja que as mulheres compartilhem os seus.

[Texto adaptado do livro: *Eu não quero (outra) cesárea* de Luciana Carvalho Fonseca]

NOVE MESES DE MUDANÇAS FÍSICAS E EMOCIONAIS

A gravidez é um processo natural. Uma nova vida se desenvolve dentro de você sem qualquer trabalho consciente de sua parte. As células se dividem, as sinapses cerebrais se desenvolvem, um novo coração começa a bater.

Os nove meses de gravidez são uma experiência de corpo inteiro que trazem grandes mudanças emocionais também. Todos os sistemas de órgãos se adaptam. O coração cresce literalmente à medida que bombeia sangue extra pelo corpo. O sistema digestivo muda à medida que o seu corpo fornece os nutrientes dos alimentos ingeridos para o feto que está crescendo dentro de você. As alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez causam alterações na pele e no cabelo. Os ligamentos se tornam mais frouxos para permitir que a pelve se alargue para acomodar a criança quando nascer. Os seios crescem e você começa a produzir colostro, o primeiro alimento, que irá nutrir e trazer os fatores imunológicos para sua ou seu bebê logo após o nascimento, inclusive com aquelas pequenas gotinhas nas primeiras mamadas.

Esse conjunto de mudanças notáveis facilita uma transformação ainda maior: tornar-se mãe. Estar grávida transforma a sua identidade e interfere no seu emocional. Você pode estar cheia de dúvidas e ansiedade, mas seus hormônios vão te ajudar a ganhar confiança em suas próprias habilidades.

Quando chegar a hora do nascimento, uma enxurrada de sinais hormonais entre você e sua ou seu bebê desencadearão o parto, permitindo que ela ou ele progrida e que vocês trabalhem em sincronia. Após o nascimento, seu corpo continuará oferecendo segurança e conforto, pois, com o contato pele a pele, sua ou seu bebê ficará aquecido e se adaptará rapidamente às muitas exigências da vida fora do útero. Vocês irão experimentar, juntos, mudanças hormonais e sensações físicas que favorecem a criação de um vínculo único, que se fortalecerá com a amamentação. Ao amamentar, você liberará hormônios que ajudarão a minimizar o sangramento do pós-parto e, assim, seu útero reduzirá de tamanho e seu corpo se recuperará do parto.

Aprender a confiar em nós mesmas e em nossos corpos durante as mudanças da gravidez, parto e maternidade pode nos ajudar enquanto enfrentamos outros desafios ao longo da vida.

Como mulher que lutou contra tantos problemas de imagem corporal e contra um distúrbio alimentar quando era jovem, a minha primeira gravidez foi um exercício de aceitação corporal. Vendo meu estômago e quadris crescerem e mudarem de maneiras que eu não podia controlar, eu tive sentimentos alternados entre o nojo e a surpresa. Quando claramente começou a parecer que eu estava grávida, algo mudou. Fui capaz de habitar o meu corpo com orgulho, colocando as minhas mãos na minha barriga sabendo que meu bebê precisava deste corpo para crescer, se desenvolver e nascer – poder dar a ele a vida nunca me fez sentir tanto amor e orgulho pelo meu corpo. Foi pura magia!

Muitas mulheres relatam ter percepções mais aguçadas, aumento de energia e se sentir apaixonadas, especiais, férteis, potentes e criativas enquanto estão grávidas. O desejo sexual pode mudar na gravidez: há mulheres que sentem muito mais desejo, enquanto outras podem não ter vontade alguma de ter relações sexuais; os dois sentimentos são normais. Ter relações sexuais é saudável, traz prazer e não machuca o feto. O importante é você e a pessoa que está te acompanhando respeitarem os seus limites. Você também pode ter emoções negativas surpreendentemente fortes ou sentimentos ambíguos sobre a criança que está crescendo dentro de você. Esses pensamentos e sentimentos são comuns, mesmo em gestações planejadas e desejadas.

Às vezes parecia que eu tinha engravidado por capricho, e era uma grande responsabilidade assumir isso. Às vezes eu ficava perplexa com o que eu tinha feito. Muito disso veio da percepção de que eu tinha escolhido ter o bebê sem o apoio de um homem. Fiquei assustada até o terceiro trimestre, pensando que eu não ia conseguir.

Você pode ter as seguintes perguntas: como a minha gravidez vai mudar a mim e a minha vida? Como me sinto sobre o meu corpo mudar de forma? Que apoio tenho? Por quanto tempo posso continuar trabalhando? Vou ser despedida? Posso lidar fisicamente com o parto e o nascimento? Temos dinheiro o suficiente? Minha bebê ou meu bebê será saudável? Serei uma boa mãe?

É comum ter medos e ansiedades no limiar da grande e permanente mudança de vida que é se tornar mãe. Muitas de nós gostamos de falar com outras mulheres que estão passando pelas mudanças que a gravidez e a maternidade trazem.

Você pode encontrar apoio em aulas de preparação à maternidade. Vários hospitais públicos, privados e grupos independentes promovem encontros com gestantes e casais. Procure se informar na sua cidade. É muito positivo ter uma rede de apoio e participar de grupos de gestantes, pois ouvir outras gestantes auxiliará você a iden-

tificar muitas coisas. Se não encontrar grupos presenciais, procure grupos virtuais na internet. Não deixe de fazer exercícios físicos também.

Cuidado com as informações disponíveis em sites na internet. A internet é um ambiente em que qualquer pessoa pode publicar qualquer assunto. Muitas informações são imprecisas ou patrocinadas, então procure ler o mesmo tipo de informação em vários lugares diferentes para ter uma opinião neutra e compartilhe suas dúvidas com a profissional de saúde que te atende.

É perfeitamente normal que a gravidez e o parto provoquem medos, seja da dor ou do desconhecido. Nunca podemos estar completamente seguras do que acontecerá, não importa como nos cuidamos na gravidez, onde ou como damos à luz ou o quanto nos planejamos ou nos preparamos para isso. A gravidez e o parto de baixo risco são processos perfeitamente saudáveis e são bem-sucedidos na maioria dos casos quando somos compreendidas, respeitadas e apoiadas e fazemos um pré-natal de qualidade. Mas tome cuidado com o excesso de expectativas, porque, mesmo com todo planejamento, não temos controle de que o nascimento ocorrerá da forma que idealizamos.

Nossa confiança pode ser reforçada quando a equipe de atendimento que nos acompanha oferece orientação responsável e apoio durante o pré-parto, favorecendo, quando possível, que o trabalho de parto se desenrole por conta própria e permitindo que acessemos métodos não farmacológicos de alívio da dor (como andar, agachar, sentar-se na bola e tomar banho de chuveiro). Também é fundamental para a relação de confiança com a equipe de atendimento que ela nos esclareça as possíveis intervenções médicas que possam vir a ocorrer durante o parto, sejam elas de rotina ou para o gerenciamento de complicações. Essas práticas ajudam a garantir que experimentaremos a gravidez e o parto com segurança (mais detalhes no capítulo 16, “Trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto”).

ESCOLHENDO PROFISSIONAIS E O LUGAR DO PARTO

Embora a nossa rede de cuidados com a gestante tenha, como um todo, grandes limitações, há pessoas profissionais que oferecem cuidados de alta qualidade, centrados na mulher, e você pode encontrá-las tanto na rede pública como entre médicas e médicos particulares ou conveniados. Muitas maternidades têm uma ambiência e equipes com as quais compartilham um compromisso de apoiar experiências de nascimento seguras, saudáveis e gratificantes. Reserve algum tempo, antes de engravidar ou no início da gravidez, para saber mais sobre as suas opções.

Ser acompanhada por uma boa médica, enfermeira obstetra ou obstetrix e ter um bom ambiente de parto vão te proporcionar:

- cuidados que sejam baseados em estudos com comprovações em evidência científica disponível sobre segurança e eficácia;
- ambiente e tratamentos que apoiem ou melhorem o processo natural de gravidez e nascimento (ao invés de interferirem nele);
- cuidados individualizados que levam em conta suas necessidades de saúde e as da sua ou seu bebê, assim como suas preferências e valores pessoais;
- amplo suporte, conforto e informações;
- acesso direto, ou por meio de um mecanismo de consulta, a tratamentos para complicações, caso surja a necessidade.

Identificar as suas prioridades, aprender sobre as diferenças entre as várias abordagens do parto e descobrir quais opções estão disponíveis para você podem ajudá-la a tomar decisões que se encaixem em suas particularidades e preferências.

MODELOS DE NASCIMENTOS

Antes de escolher profissionais e o local do parto (eles geralmente andam de mãos dadas), é útil compreender os principais paradigmas e as características da formação e prática da maternidade. No Brasil, podemos considerar três modelos de partos baseados nas crenças, valores e práticas obstétricas: o modelo humanizado/desmedicalizado, o modelo biomédico/intervencionista, que é o modelo mais facilmente encontrado, e a cesárea.

O modelo humanizado é baseado na suposição de que a maioria das gestações, trabalhos de parto e nascimentos são processos biológicos normais que resultam em desfechos saudáveis para mães e bebês. Esse modelo se concentra em maximizar a saúde e o bem-estar da mulher e de bebês, identificando e gerindo problemas médicos no início, atendendo aos aspectos emocionais, sociais e espirituais da gravidez e do nascimento. O termo “humanização” reforça uma concepção de ser humano na qual “humanizar” seria sinônimo de “animalizar”, ou seja, seria um processo fisiológico liberto das questões culturais. O modelo é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Profissionais que atendem esse modelo procuram proteger, apoiar e evitar interferir no ritmo, na natureza e no tempo de trabalho de parto, que é considerado único para cada mulher. Essas pessoas profissionais têm treinamento para estar atentas à identificação de mulheres com complicações graves. A assistência e as intervenções são oferecidas sempre que necessário, mas não são usadas rotineiramente.

A criança que vai nascer trabalha ativamente com a mãe no trabalho de parto, se movimenta, empurra no ritmo natural das contrações. Ao passar pelo canal vaginal, seu sistema respiratório e seu cérebro são estimulados; além disso, ela será colonizada pelas bactérias presentes na vagina da mulher e não pelas bactérias hospitalares. O parto humanizado pode ser atendido por uma ou duas enfermeiras obstetras, obstetrias e/ou por médicas e médicos.

No modelo de parto humanizado, as mulheres têm acesso a testes e exames clínicos, a consultas mais longas, às informações sobre a gestação, parto e pós-parto e, a partir dessas informações, têm autonomia para fazer escolhas conscientes no parto. O acompanhamento da gestação e do parto é direcionado por protocolos baseados em evidências para que seja, além de seguro, uma experiência positiva. Esse modelo é indicado para mulheres com baixo risco obstétrico.

O modelo biomédico/intervencionista é o modelo predominante de cuidados. Ele se concentra na prevenção, diagnóstico e tratamento das complicações que podem ocorrer durante a gravidez, o parto e o nascimento. As estratégias de prevenção tendem a enfatizar o uso de testes juntamente com o de intervenções médicas ou cirúrgicas para que tudo corra bem. A competência da equipe e as intervenções são vitais para que não existam complicações com as mulheres e nem com a criança recém-nascida, principalmente em casos de riscos para a mãe e para a criança. No entanto, intervenções de rotina em mulheres com baixo risco de problemas na gestação são mais frequentes – como, por exemplo, o uso do hormônio sintético da ocitocina, que aumenta o ritmo das contrações artificialmente –, e o excesso de tais intervenções pode, na verdade, levar a problemas. Os hormônios sintéticos tornam o parto muito dolorido e confundem o trabalho da criança.

No modelo biomédico/intervencionista de rotina em gestações de baixo risco, não são utilizados protocolos baseados em evidências. O excesso de intervenções, como o corte no períneo, empurrar a barriga da mulher, dar comandos para a mulher fazer força e o uso de medicamentos com o intuito de acelerar o processo rotineiramente podem tornar o parto uma experiência muitas vezes traumática, bem como trazer riscos para a mulher e para a criança.

O treinamento de profissionais no modelo biomédico/intervencionista ocorre por meio da formação em medicina, que não se concentra, normalmente, no desenvolvimento de habilidades para apoiar a progressão natural de um parto sem complicações. Muitas intervenções não são autorizadas para serem feitas por enfermeiras obstetras e obstetizas.

Profissionais que atendem a cirurgia de cesárea obrigatoriamente têm formação em medicina. Como se trata de uma cirurgia de grande porte, já que são cortadas sete camadas para chegar ao bebê, a cesárea também possui riscos; porém, ela salva vidas quando gestante ou bebê tem riscos ainda maiores. A OMS recomenda que as taxas de cesárea fiquem no patamar entre 5% e 15%. O Brasil tem mais de 56% dos nascimentos por cirurgia cesárea, ocupando o 2º lugar em recorde desse tipo de cirurgia no mundo, sendo que a média nos hospitais privados de saúde é de 88%.

Na cesárea agendada, a criança que está para nascer é surpreendida pelo seu nascimento; sua participação é passiva e os hormônios de amadurecimento não serão liberados, aumentando o risco de ter problemas respiratórios, entre outros.

O modelo de parto humanizado/desmedicalizado é indicado para mulheres de baixo risco. É normalmente conduzido por profissionais com formação em enfermagem obstétrica, obstetras ou parteiras, porém muitas médicas e médicos também fazem uso dessa prática em uma equipe multidisciplinar. O modelo biomédico/intervencionista é conduzido por profissionais com formação em medicina. Embora seja crucial entender as diferentes filosofias e treinamentos entre os modelos, também é importante notar que os títulos antes dos seus nomes não falam muito sobre essas pessoas como indivíduos, isto é, podemos encontrar profissionais com formação em medicina que têm atitudes, estilos e abordagens que se encaixam no modelo de partos humanizados. Da mesma forma, podemos encontrar enfermeiras obstetras e obstetras que atuam de forma biomédica/intervencionista.

O modelo de atenção da enfermagem obstétrica ou obstetra e o modelo médico também dão origem a duas formas diferentes de organizar a rede de cuidados e de atenção à saúde da gestante. Na maioria dos países industrializados, as enfermeiras obstetras ou obstetras coordenam os cuidados com a maioria das mulheres em idade fértil e colaboram com obstetras ou demais especialistas quando uma mulher tem complicações médicas ou fatores de risco. As mulheres saudáveis que dão à luz são, muitas vezes, acompanhadas por enfermeiras obstetras, obstetras ou parteiras em unidades hospitalares, em centros de parto ou em casa. Em contrapartida, no modelo médico mais comum, são as profissionais médicas que gerem os cuidados da maioria das mulheres, e quase todas elas dão à luz em hospitais. No Brasil, os dados mais recentes do DATASUS demonstram que 98,5% dos nascimentos foram hospitalares.

No contexto brasileiro, considerando enfermeiras obstetras e obstetras, existe um código de ética e uma regulamentação profissional feita por conselhos próprios. Apesar de sofrerem ameaças constantes, essas profissionais não trabalham sob supervisão médica, mas em equipe interprofissional.

Há fortes evidências em muitos estudos sobre os benefícios dos cuidados das enfermeiras obstetras e da elevada satisfação das mulheres que usam os seus serviços. Uma revisão sistemática feita pela Cochrane, em 2008, comparou modelos de enfermeiras obstetras com modelos médicos e concluiu que “os cuidados intermediados pelas enfermeiras e obstetras trazem benefícios e não mostram resultados adversos. Essa deveria ser a norma para mulheres com baixo e alto risco de complicações.” Deixar o parto de baixo risco com as enfermeiras obstetras também impacta economicamente no sistema, já que médicas e médicos têm uma maior remuneração e uma agenda com menos disponibilidade.

O Ministério da Saúde do Brasil publicou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto Normal por meio da Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. O documento orienta profissionais de saúde e traz informações para gestantes. O documento está disponível on-line.¹

ESCOLHENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No Brasil, temos três formas de atenção à saúde:

- atenção pública financiada pelo Estado no Sistema Único de Saúde (SUS);
- rede privada de planos de saúde, regulada pela Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS); e
- pagamento direto à/ao profissional de saúde.²

No setor público, as consultas de pré-natal são realizadas por médicas e médicos (de família ou obstetras) e/ou enfermeiras obstetras ou obstetrizes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima do domicílio da gestante. Cada UBS possui uma maternidade de referência para o parto (em algumas cidades, mais de uma), que a mulher pode conhecer durante o pré-natal e onde pode perguntar sobre as rotinas aplicadas na assistência ao parto.

Nas maternidades públicas, as profissionais de assistência ao parto trabalham em sistemas de plantão, não sendo possível levar a pessoa profissional de sua escolha no dia do parto. Na maioria dos hospitais, a assistência ao parto é realizada por obstetriz ou obstetra (88% dos casos, de acordo com dados de 2019 do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC) e, em algumas instituições, uma enfermeira obstetra dá assistência aos partos de baixo risco que evoluem sem intercorrências, que são a maioria.

No setor privado, você pode escolher a pessoa profissional e sua linha de atendimento, tanto para o acompanhamento pré-natal quanto para o parto. Entre as pessoas habilitadas, você poderá escolher entre: uma enfermeira obstetra ou obstetriz, uma médica ou médico de família, uma médica ou médico obstetra (mais comum) ou um grupo de profissionais. As consultas podem ser feitas de forma particular ou por intermédio de um plano de saúde. A assistência ao parto pode ser realizada pela profissional de sua escolha que acompanhou o pré-natal ou pela médica ou médico de plantão da maternidade privada.

O atendimento por profissionais de plantão tem o inconveniente de você não possuir um vínculo, mas tem o benefício de ela ou ele não ter o interesse em acelerar seu parto por motivos pessoais.

Ao escolher a profissional ou grupo de profissionais que fará o acompanhamento da gravidez e/ou do parto, procure profissionais que se identificam com a filosofia de cuidados compatíveis com suas necessidades e preferências. Para auxiliar nessa escolha, em muitas cidades existem grupos de apoio à maternidade, com a presença de doulas e educadoras perinatais, que costumam fornecer informações sobre as maternidades e casas de parto, sobre profissionais que realizam a assistência ao parto na região, assim como sobre suas filosofias.

TIPOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entre as pessoas profissionais diretamente envolvidas na assistência ao parto estão: enfermeiras obstetras, obstetras/obstetras, pediatras, neonatologistas, anesthesiologistas, generalistas, enfermeiras assistenciais e equipe técnica de enfermagem. Durante a internação para o parto e nascimento, também poderão estar presentes profissionais em processo de treinamento envolvidas/os diretamente na assistência, tais como: estudantes de especialização e residentes de enfermagem obstétrica e neonatal, estudantes de graduação em obstetrícia, médicas ou médicos residentes de obstetrícia, neonatologia e anesthesiologia, fisioterapeutas, psicólogas, educadoras perinatais e doulas.

Enfermeiras obstetras e obstetras

Enfermeiras obstetras são profissionais que cursam graduação em enfermagem e especialização em obstetrícia. As obstetras são graduadas em obstetrícia. Ambas as graduações são reconhecidas pelo governo e regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem. Tanto enfermeiras obstetras quanto obstetras são especialistas na promoção de cuidados de mulheres saudáveis na gravidez e no parto. Também oferecem cuidados de saúde para as mulheres, os quais incluem exames ginecológicos, pélvicos e mamários, testes de Papanicolau e serviços de planejamento familiar.

Tanto enfermeiras obstetras quanto obstetras são habilitadas para assistir nascimentos em hospitais, maternidades ou em casa. Normalmente, consultam médicas ou médicos, se necessário, que precisarão assumir os cuidados durante a gravidez ou o parto se certas complicações se desenvolverem. Dependendo do estilo de prática da profissional, a enfermeira obstetra ou a obstetra poderá ficar com você durante todo o trabalho de parto ou pode atuar mais como as médicas e os médicos fazem, isto é, verificando periodicamente a sua saúde e estando presente quando você dá à luz.

Como eu tinha engravidado através da fertilização in vitro e tinha tido anteriormente um aborto espontâneo, eu estava preocupada com a minha gravidez. A profissional de reprodução assistida com quem eu fiz o tratamento não gostava de nenhum local para o parto que não fosse um hospital. Além disso, tive uma complicação gastroesofágica grave e queria que as minhas profissionais de saúde estivessem todas em sintonia umas com as outras. Tudo isso me levou a escolher uma obstetra. Mas, quando ela anunciou que estava deixando o meu pré-natal (no meu sexto mês), eu aproveitei a oportunidade para repensar minha situação.

Não só minha obstetra e minha gastroenterologista nunca se comunicaram, como também me deram conselhos contraditórios. Encontrei-me com outras obstetras e fiquei desconfortável com a forma com a qual discutiam peridurais e cesáreas. Eu

percebi que, independentemente da forma como tivesse engravidado, agora eu tinha uma gravidez normal. Bem, no meu terceiro trimestre, mudei para uma casa de partos especializada em parto humanizado e pude ter um parto natural como eu queria.

A Rede de Humanização de Parto e Nascimento (ReHuNa) é uma organização da sociedade civil que tem o objetivo de divulgar a assistência e os cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede luta para a redução das intervenções desnecessárias no parto e nascimento e pela promoção da gravidez/parto e da amamentação como um fenômeno natural e fisiológico.

Médicas e médicos de família

Uma médica ou médico de família tem treinamento para fornecer cuidados básicos e abrangentes para pessoas de todas as idades. As médicas ou médicos de família trabalham no SUS, na atenção básica de saúde, e realizam o pré-natal como enfermeiras obstetras também. Tanto médicas ou médicos quanto enfermeiras e obstetras realizam uma especialização após a graduação, muitas vezes na modalidade residência em Saúde da Família. A pessoa que é médica de família é treinada para prestar cuidados básicos e abrangentes a pessoas de todas as idades. Também pode prestar assistência à maternidade durante o pré-natal e o parto em alguns hospitais públicos, mas, no Brasil, não é treinada para fazer cesárea e atende somente os casos de risco habitual que evoluem sem complicações.

Essas médicas ou médicos geralmente conhecem toda a família, o que pode melhorar o planejamento dos cuidados da mulher, bem como os cuidados com a criança após o nascimento. Estudos demonstraram que o uso de intervenções comuns entre as médicas ou médicos de família, comparados às obstetras ou aos obstetras, como episiotomia, cesariana e indução do parto, tendem a ficar em um patamar comparado ao das parteiras e das obstetras e obstetras.

Ginecologistas obstetras

São profissionais predominantes na prestação de cuidados de maternidade no Brasil. Com graduação em medicina, concluíram um programa de residência médica de dois a quatro anos em obstetrícia e ginecologia. Como recebem treinamento para diagnosticar e gerenciar complicações na gravidez e no parto, são profissionais competentes para auxiliar mulheres ou bebês com problemas médicos graves. Mulheres com esses problemas de saúde podem se beneficiar de cuidados compartilhados com uma enfermeira obstetra ou obstetrix.

Obstetrixes e obstetras também prestam assistência a mulheres grávidas sem complicações médicas específicas que preferem ser acompanhadas por uma médica ou

médico durante todo o pré-natal. Obstetrias e obstetras geralmente fornecem exames pré-natais e supervisionam o trabalho de parto, mas raramente ficam com a parturiente durante o trabalho de parto e podem estar presentes apenas no momento do nascimento. (Durante o trabalho de parto, seus cuidados práticos geralmente são fornecidos por enfermeiras obstetras ou obstetrias).

Como a obstetrícia é uma especialidade cirúrgica, o atendimento por médicas ou médicos obstetras geralmente envolve taxas muito mais altas de intervenção quando comparado ao atendimento por enfermeiras obstetras, obstetrias e/ou médicas ou médicos de família.

Médicas e médicos da medicina materno-fetal

As médicas e médicos da medicina materno-fetal (MMF) são sub-especialistas na área de obstetrícia que têm treinamento adicional em obstetrícia de alto risco e que, muitas vezes, assumem os cuidados de mulheres com doenças graves, tais como diabetes ou doença cardíaca. Essas profissionais normalmente atuam em grandes centros médicos universitários ou em áreas urbanas e assistem as mulheres por meio da recomendação de uma médica ou uma parteira. Muitas executam procedimentos pré-natais e testes genéticos e possuem experiência no campo da genética. Frequentemente, elaboram um plano de cuidados em colaboração com a parteira da mulher grávida ou com a médica ou médico de sua região de origem. Se você for encaminhada para uma pessoa especializada em medicina materno-fetal, descubra se essa pessoa realmente assiste os partos, pois muitas já não o fazem.

Doulas

Receber cuidados contínuos e de alta qualidade durante o parto é uma das melhores formas de garantir uma experiência segura e satisfatória. Estudos demonstram que as mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto não precisam de tanta medicação, têm menores chances de recorrer à cesárea e ao parto normal assistido (extração manual, fórceps), além de ficarem mais satisfeitas com suas experiências no parto.

Muitas de nós contamos com o excelente apoio de nossas parceiras ou parceiros, bem como de médicas ou médicos, enfermeiras e todas as pessoas profissionais de saúde envolvidas. No entanto, nossas parceiras ou parceiros também precisam de apoio por conta da sua inexperiência em participar de partos, especialmente quando o trabalho de parto é prolongado. Parteiras, médicas e enfermeiras em hospitais podem não conseguir oferecer cuidados contínuos devido às muitas demandas que normalmente têm nesses locais. (As parteiras que atendem mulheres em casa ou em maternidades geralmente oferecem um apoio contínuo.) Por esses motivos, algumas mulheres optam por ser acompanhadas por uma doula (uma pessoa treinada para aju-

dar no parto) ou alguém de seu círculo familiar ou de amizade com conhecimento sobre parto e que pode permanecer durante todo o processo.

As doulas oferecem um contínuo apoio emocional, técnicas de conforto e alento durante o trabalho de parto e o nascimento. Elas complementam a obstetrícia e os cuidados médicos, oferecendo uma gama ampla de serviços, às vezes incluindo visitas domiciliares após o nascimento.

As doulas costumam fazer uma visita inicial durante o período da gestação e depois combinam o momento do parto com você. Algumas se especializam em determinadas situações, como mães adolescentes, mulheres cuja língua nativa não é o português, mulheres que sofreram uma perda anterior, mães de parto normal após cesárea (PNAC, ou VBAC, do inglês *vaginal birth after cesarean*, sigla que também é usada no Brasil), mulheres cujas parceiras ou parceiros estão no exterior ou mulheres que não podem pagar pelos serviços tradicionais de uma doula.

Doulas

As doulas são profissionais que prestam apoio físico e emocional às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Na gravidez, a doula pode instruir a gestante com informações sobre gestação, fisiologia do parto, preparação para o pós-parto e amamentação baseadas em evidências científicas.

As doulas vieram para preencher uma lacuna na companhia para as mulheres na instância do parto e pós-parto na vida moderna. É muito comum a doula agregar à sua formação especialidades em terapias integrativas como fitoterapia, aromaterapia, técnicas naturais de alívio da dor e hipnose para oferecer ainda mais conforto às mulheres.

O acompanhamento de uma doula acontece desde a gestação, durante o trabalho de parto em casa e no hospital, favorecendo as melhores posições, ativando a calma e dando apoio e tranquilidade para a mulher, até o pós-parto. As doulas não substituem a médica obstetrix ou o médico obstetra, nem as enfermeiras e as parteiras, que são responsáveis pela parte técnica da assistência.

As doulas não fazem exames e atuam com muita intuição, vínculo e empatia baseada em evidências científicas mais atuais.

Estudos apontam que a presença da doula no parto reduz em 50% os pedidos de analgesia de parto, diminui em 40% o tempo do trabalho de parto e aumenta em 80% a satisfação da mulher e sua parceira ou parceiro em relação à experiência do parto.

Atualmente o Brasil conta com diversas associações estaduais e uma federação de doulas (Fenadoulas – fenadoulasbr.com.br) que atuam rumo à profissionalização da atividade. Em São Paulo, a associação estadual é a ADOSP

(adosp.com.br). Procure na internet as associações de doulas do seu estado, pois elas podem te dar suporte na sua cidade.

[Texto de Thais Barral]

Parteiras tradicionais

No Brasil, existem as parteiras tradicionais reconhecidas e definidas pelo Ministério da Saúde como aquelas que prestam assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e que são reconhecidas pela comunidade como parteiras. No caso do nosso país, as parteiras tradicionais trabalham de forma reconhecida pelos órgãos públicos, mas em áreas mais rurais, áreas de difícil acesso aonde o Sistema de Saúde não chega.

O reconhecimento da profissão de parteiras é um tema que envolve muitas polêmicas, pois, para normatizar a profissão, seria necessária uma avaliação das suas práticas e, embora muitas dessas parteiras tenham experiência e prática, é difícil avaliar sua habilidade, seu histórico e a segurança de seu trabalho. Se você está considerando uma parteira tradicional, faça perguntas cuidadosas sobre seu treinamento e experiência, bem como sobre quais são as providências que serão tomadas para um possível encaminhamento e transporte se surgirem complicações durante o trabalho de parto.

Parteiras tradicionais de formação

As parteiras tradicionais de formação são mulheres que aprendem sua profissão frequentando escolas independentes, não certificadas, ou por meio do aprendizado de outras parteiras, combinando com a leitura e o estudo. Elas atendem somente partos domiciliares de baixo risco obstétrico.

No Brasil, por ainda não serem regulamentadas e sua atuação não ter respaldo legal, não prestam atendimento através do SUS, mas apenas no setor privado.

Embora muitas dessas parteiras sejam experientes e pratiquem seu ofício com segurança, a falta de uma credencial e, na maioria dos casos, de uma licença para trabalhar torna difícil avaliar os seus registros de habilidade e segurança. Se você estiver considerando utilizar o serviço de uma parteira que não é certificada, faça perguntas cuidadosas sobre sua formação e experiência e verifique se ela oferece encaminhamento e apoio médico, transporte e atendimento de emergência se houver complicações no decorrer da gravidez e do parto.

ONDE ENCONTRAR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A maioria de nós entra na gravidez como mulheres saudáveis e sem grandes problemas médicos. Se esse for o seu caso, você pode escolher uma gama de profissionais de saúde e maternidades disponíveis em sua região. Se você tiver uma doença grave ou estiver em risco de desenvolver essa condição, um ou uma especialista em medi-

cina obstétrica ou em medicina materno-fetal deve fazer parte da equipe. Nesse caso, você também deve planejar dar à luz em um hospital, mesmo podendo ter parteiras envolvidas nos seus cuidados. Escolher uma profissional e um local para o parto que se encaixem com suas crenças e preferências será mais eficaz do que traçar um plano de parto esperando influenciar as práticas de rotina dos centros médicos.

Se você estiver grávida e for atendida pelo SUS, poderá visitar a maternidade de referência; se não ficar satisfeita, visite mais de uma. Se você tem um plano de saúde que permite escolher profissionais que fazem parte dele, peça recomendações a pessoas da família e amigas. Ao escolher tal profissional, você pode consultar a taxa de cesárea praticada por ela, basta consultar o seu plano. Doulas e educadoras perinatais podem dar uma boa orientação sobre profissionais de saúde da sua região.

Organizar visitas de aconselhamento antes de engravidar pode ser uma maneira de escolher a médica ou médico, enfermeira obstetra ou obstetrix para cuidar de você durante a gravidez. Se não estiver satisfeita com o seu atendimento pré-natal, você tem o direito de mudar de profissional a qualquer momento. Mas fique atenta, pois algumas pessoas profissionais de saúde estabelecem um limite de pacientes.

Converse com profissionais que você considere boas escolhas para você. Veja, a seguir, uma lista de perguntas a fazer.

PERGUNTAS QUE VOCÊ DEVE FAZER A PARTEIRAS E MÉDICAS/OS

- Qual é a sua filosofia de parto?
- Quantos anos de prática você tem? De quantos partos você participou como profissional principal?
- Realiza partos sozinha ou com outras profissionais? Se com outras, qual é a sua experiência com elas/eles? Essas pessoas compartilham das suas crenças e prática médica?
- Quem substitui você quando está fora?
- Onde realiza os seus partos? Posso fazer uma visita guiada?
- Como posso contatar você, caso seja necessário?
- Com que frequência nos veremos nos próximos meses?
- Que tipo de preparação para o parto você recomenda?
- Que exames recomenda para mulheres grávidas? Por quê?
- Como você define e lida com as complicações?
- Você fornece apoio no parto e fica com as mulheres durante todo o trabalho de parto? Caso contrário, as enfermeiras prestam assistência individualizada às mulheres durante o parto?
- Como você se sente com a presença de doulas, assistentes de parto ou familiares e amigas?
- Você apoia a movimentação durante o trabalho de parto, a mudança de posição? Permite comida e bebida?

- Verei você após o nascimento?
- Se eu quiser segurar minha ou meu bebê logo após o nascimento, amamentar e não ser separada, isso será apoiado por você?
- Se eu pretender amamentar e tiver problemas, que apoio você oferecerá?
- Em que circunstâncias você recomenda administrações intravenosas, monitoramento eletrônico fetal contínuo, ocitocina, episiotomia, fórceps ou vácuo, cesárea ou clampeamento imediato do cordão umbilical? Qual é a sua taxa de cesárea? Qual é a sua taxa de episiotomia? Qual é a sua taxa de indução?
- Qual é o seu protocolo para o nascimento de bebês gemelares e/ou nascimentos de bebês que estão na posição sentada?
- Você realiza partos vaginais após cesáreas (PNAC)?
- Quanto cobra? Os seus serviços são cobertos pelo meu plano de saúde?

Outras perguntas para profissionais que realizem partos domiciliares ou em maternidades:

- Você tem licença e certificado?
- Quais são os seus requisitos para aceitar pacientes que desejam dar à luz nesses locais?
- Que medicamentos e equipamentos você tem disponíveis?
- Quais são as qualificações da sua assistente de parto?
- Você tem alguma parceria com ginecologista obstetra para prestar atendimento caso ocorram complicações?
- Você recomenda que eu conheça a médica ou médico que me ajudará em caso de complicações?
- Para qual hospital serei levada se ocorrer uma complicação durante o parto? E no caso de uma emergência?
- Em que condições iríamos para o hospital?
- Você me acompanharia se eu fosse transferida?
- Que porcentagem de suas clientes são transferidas para um hospital durante o parto?
- Você tem treinamento para fazer ressuscitação de recém-nascidos?
- Que tipo de cuidados pós-parto posso esperar? Você fornece acompanhamento para bebês também?

LOCAIS DE PARTO

Dar à luz é uma experiência muito intensa na vida de uma mulher e que pode trazer efeitos positivos e negativos para mãe e bebê. A assistência humanizada ao parto e nascimento é baseada na autonomia da mulher e no respeito às suas decisões e limites. O parto humanizado pode acontecer no sistema público ou privado. O projeto Parto Adequado é promovido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

(ANS), que regulamenta os planos de saúde, para a promoção do parto normal e redução das cesáreas desnecessárias no setor privado de saúde.

No Brasil, há protocolos de recomendação do Ministério da Saúde quanto à assistência ao nascimento, porém os ambientes, as culturas e as práticas de rotina podem não seguir esse padrão e afetar o processo do parto e do nascimento. Ao se informar sobre o local de parto, você deve perguntar:

- O acesso ao cuidado no trabalho de parto e no parto é feito por enfermeiras obstetras ou obstetras?
 - Como é o acesso à equipe médica em caso de necessidade (obstetrícia, anestesiologia e pediatria)?
 - Terei acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.)?
 - A unidade oferece analgesia regional e outras substâncias analgésicas?
- Se houver necessidade de uma transferência para outra maternidade, serei informada das razões, do tempo necessário para tal e como será a transferência?

Os modelos de assistência institucional ao nascimento podem ser:

- Hospital Geral: local onde são atendidas necessidades de saúde, doenças, traumas e nascimentos.
- Hospital Maternidade: atende apenas nascimentos.
- Centro de Parto Normal extra-hospitalar, peri-hospitalar (ao redor do hospital) ou intra-hospitalar (dentro do hospital): esses locais são atendidos por enfermeira obstetra ou obstetra com um hospital de referência caso haja necessidades específicas.
- Casa ou domicílio atendido por enfermeira obstetra ou obstetra ou parteiras, com a recomendação de uma equipe de retaguarda para emergência em um hospital de referência caso haja necessidades específicas.

O ambiente, a cultura e as práticas de rotina usadas em diferentes maternidades podem afetar o processo do parto e do nascimento. Se estiver saudável e não tiver experimentado complicações durante a gestação, você pode escolher entre qualquer casa de parto (em algumas cidades do Brasil há casas de parto que, na sua maioria, funcionam de forma independente do sistema de saúde).³ Em algumas regiões, vários hospitais fornecem serviços de maternidade. Então, se você está planejando um parto hospitalar, você pode querer avaliar cada um desses locais.

Em casa

O nascimento em casa é uma boa opção para mulheres saudáveis que têm gestações de baixo risco. Um ambiente doméstico seguro, confortável e de fácil acesso

a cuidados médicos de emergência é essencial. Duas características cruciais do parto em casa são que você depende das habilidades naturais do seu corpo (não de tecnologia ou medicamentos) para passar pelo trabalho de parto e que você pode receber apoio contínuo de profissionais de sua própria escolha. O parto domiciliar, que tem altas taxas de satisfação, está associado a uma probabilidade muito baixa da realização de cesárea e episiotomia, bem como do uso de medicamentos para acelerar o trabalho de parto e aliviar a dor. O parto domiciliar tem crescido em grandes centros urbanos entre mulheres que têm acesso à medicina moderna, mas que mantêm uma postura crítica sobre ela. Esse modelo de nascimento é remunerado de forma independente; as gestantes escolhem a sua equipe, bem como a equipe de retaguarda.⁴ O parto domiciliar não faz parte das políticas de saúde no Brasil e não é uma opção financiada pelo estado.

Centros de parto independentes

Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades de atendimento ao parto humanizado para atender mulheres de baixo risco. Em 2014, o Ministério da Saúde desenvolveu uma estratégia para estimular a construção de CPNs porque a perspectiva da humanização do parto e nascimento acredita que a ambiência, o espaço físico, social, profissional e as relações interpessoais devem ser acolhedoras e resolutivas para o sucesso do parto humanizado. Os CPNs oferecem atendimento abrangente e centrado na família para as mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto. Na filosofia dos CPNs, gravidez e nascimento são processos normais e saudáveis que devem sofrer a menor interferência possível.

Normalmente, os centros de parto são locais humanizados, em comparação com o ambiente mais institucional dos hospitais. Possuem confortos adicionais, como banheira de parto e bolas suíças para relaxamento e alívio da dor, e as parteiras prestam cuidados personalizados e contínuos às mulheres em trabalho de parto. Os CPNs dispõem de sistemas para lidar com complicações durante o parto e o nascimento e para transferir a mulher para um hospital, se necessário.

Assim como no parto domiciliar, em um CPN, você dependerá mais de sua própria fisiologia do que da tecnologia. O foco é o atendimento individualizado, com uma equipe disponível para oferecer suporte contínuo.

Nos centros de parto normal e casas de parto, você será atendida por uma enfermeira obstetra ou obstetrix. Esses lugares podem atender pelo sistema público do SUS ou pelo sistema privado. Para ser atendida pelo sistema do SUS, é necessário que o pré-natal seja feito por ele também. Em certas situações, você pode ser obrigada a ter cuidados hospitalares antes ou durante o trabalho de parto, ou mesmo após o parto, seja como precaução devido a complicações ou, no raro caso de uma emergência, haverá uma ambulância e um hospital de retaguarda para lhe atender.

Nem todas as mulheres podem dar à luz em um centro de parto, e cada um deles tem as suas próprias diretrizes de triagem. Isso afeta mais comumente mulheres que procuram partos vaginais após cesárea.

Centros de parto em hospitais

Um centro de parto normal localizado perto ou dentro de um hospital (peri-hospitalar ou intra-hospitalar) pode ter uma filosofia e uma prática que podem estar mais próximas de um centro independente típico, casa de parto ou hospital. Os CPNs hospitalares ficam em um local separado na unidade e são projetados para mulheres saudáveis que desejam cuidados de parteiras, em um modelo de baixa intervenção. Na maioria dos casos, as mulheres que precisam de intervenções médicas, tais como ocitocina intravenosa ou monitoramento fetal eletrônico, assim como aquelas que desejam anestesia peridural, serão transferidas para a maternidade tradicional para a realização desses procedimentos. Cada unidade de um CPN atende apenas uma mulher por vez, e ela ficará no mesmo ambiente durante o pré-parto, parto e pós-parto. A gestante tem liberdade de movimentos durante o pré-parto e parto, podendo escolher a posição de parto. A enfermeira obstetra pode atender aos partos de baixo risco.

Uma vantagem dos centros de parto intra-hospitalares é a proximidade com as instalações cirúrgicas e de anestesia, caso sejam necessárias. No entanto, os centros de parto hospitalares são mais propensos do que os centros de parto livres a colocar restrições sobre as mulheres, tais como requisitos para um período de acompanhamento fetal contínuo antes dos procedimentos ou certas rotinas para recém-nascidos. Esse modelo de CPN pode ser encontrado em alguns hospitais públicos e privados em várias cidades brasileiras.

Hospital

Um hospital é o local padrão para muitas mulheres que preferem estar perto de cuidados médicos durante o parto ou que pretendem receber anestesia peridural para o alívio da dor. É também o local escolhido para mulheres e bebês que têm condições médicas que aumentem as chances de precisar de cuidados especiais. A assistência hospitalar é considerada a mais segura para mulheres com pressão arterial elevada, diabetes, distúrbios convulsivos, gravidez gemelar de alto risco, partos prematuros ou que tenham passado mais de duas semanas além da data prevista para o nascimento. Estão incluídas também as mulheres com bebês que não estão em posição cefálica ou que têm problemas que foram identificados durante a gravidez. Se você se enquadrar em alguma dessas situações, convém estar com profissionais experientes e em um lugar com instalações adequadas.

Para algumas mulheres, há desvantagens em dar à luz em um hospital. As rotinas hospitalares, que são criadas para promover a eficiência e facilitar o tratamento

médico de emergência, às vezes não são suficientemente flexíveis para acomodar as necessidades individuais de cada mulher. Profissionais que trabalham em hospitais, mesmo que acreditem em escolhas conscientes e em cuidados de apoio com baixa intervenção, frequentemente sofrem restrições de protocolos hospitalares, como políticas que proíbem o parto vaginal após cesárea ou que restringem o que as mulheres podem comer ou beber durante o trabalho de parto. Intervenções como cesáreas, partos vaginais com fórceps ou a vácuo, episiotomia e manobra de Kristeller (empurrar a barriga durante o trabalho de parto) são significativamente mais comuns em hospitais do que em centros de parto ou em partos domiciliares.

Se você não tem uma doula ou outra pessoa experiente para te apoiar, a assistência com métodos não farmacológicos de alívio da dor dependerá, em grande parte, da habilidade e da disponibilidade das enfermeiras no trabalho de parto. Você poderá solicitar uma enfermeira com essa experiência quando chegar ao hospital, se isso for importante para você.

Há uma grande variação entre os hospitais. Alguns aderem às melhores práticas, atendendo ao conforto emocional e físico das mulheres e respeitando suas escolhas, enquanto outros impõem rotinas rígidas e cuidados impessoais. Da mesma forma, as taxas de procedimentos realizados, como cesáreas, e de ocorrência de infecções variam de um hospital para outro. Se você mora em uma região com mais de um hospital, é melhor perguntar a pessoas experientes, como educadoras de parto ou doulas, sobre as suas opiniões a respeito dos hospitais da área e verificar relatórios de qualidade publicados, se estiverem disponíveis.

Eu quase nunca ouço falar sobre a experiência totalmente natural e positiva do parto hospitalar, e é por isso que eu gostaria de compartilhar nossa história... A escolha que fizemos do hospital baseou-se no fato de que havia muitas enfermeiras obstetras na equipe, e eu esperava que fossem apoiar o meu desejo de ter um parto natural. Eu... me sentia muito segura pelo conhecimento médico do meu marido, e ele sabia o quanto eu queria fazer o parto sem medicamentos. Ele também compartilhou um conselho muito empoderador com a equipe de parto: se você estiver em um hospital e não estiver confortável com o plano de parto, tem o direito de dizer que entende os riscos e benefícios de um procedimento, podendo recusá-lo. É direito seu.

Quando as minhas contrações ainda não haviam começado... doze horas depois da minha bolsa estourar e do tempo habitual que eles dão antes de começar a induzir o parto, dissemos que queríamos esperar um pouco. Caminhamos, atrasando a ocitocina, porém [mais tarde]... negociamos metade da dose normal.... Nessa altura, o meu marido olhou para o monitor e reparou que as contrações começaram a ficar mais fortes e frequentes sem serem induzidas. Apesar da sugestão de continuar como

planejado, decidimos seguir naturalmente, afirmando nosso direito. A doula chegou e, depois de quatro horas de trabalho de parto intenso... cheguei a um ponto em que disse que não podia continuar. Ela me disse: “Não, você está quase lá. Se prepare para começar a empurrar!”.

Como uma mudança de cenário em uma peça, havia uma equipe totalmente nova, a cama mudou de posição e começamos a empurrar. A nossa incrível enfermeira obstetra ficou de joelhos durante duas horas enquanto eu empurrava, segurando uma compressa quente no meu períneo para não rasgar, o que de fato não aconteceu. Às cinco e quarenta da tarde, a Sadie nasceu. Foi o momento mais incrível da minha vida. Nós nos sentimos muito abençoados por termos conseguido o tão maravilhoso parto natural no hospital.

TAXAS DE CESÁREAS DE MÉDICAS E MÉDICOS CONVENIADOS

Os planos de saúde fornecem as taxas de cesárea e parto normal de suas médicas e médicos conveniados (Resolução Normativa nº 368). O prazo para passar essa informação é de 15 dias. Dessa forma, você terá condições de saber se a/o profissional de saúde que a atende tem a tendência a fazer mais cesáreas do que partos normais.⁵

É SEGURO DAR À LUZ EM CASA?

A mídia costuma retratar o parto como um evento de alto risco, em que algo pode dar errado a qualquer momento e o discurso do risco é habilmente empregado por médicos cesaristas.⁶ Nas novelas, sempre ocorre um parto em meio a um desastre ambiental ou a um conflito sem acesso aos hospitais e as personagens que dão à luz são por vezes retratadas como ‘selvagens’ ou ‘loucas’. Portanto, não é de surpreender que a maioria de nós se sinta mais segura em fazer o parto em um hospital, onde podemos ser constantemente monitoradas e temos à disposição uma sala de cirurgia e uma equipe cirúrgica caso algo dê errado.

Mas a realidade é que a maioria das complicações que ocorrem no trabalho de parto e nascimento são previsíveis. Elas tendem a ocorrer em mulheres com gestações de alto risco, desenvolvendo-se lentamente, ou são efeitos colaterais conhecidos das intervenções no trabalho de parto, como medicamentos para fortalecer as contrações ou para reduzir a dor. Embora complicações urgentes possam ocorrer sem aviso prévio, elas são exceção, e não a regra.

Ainda assim, muitas mulheres se perguntam se o parto em casa pode ser tão seguro quanto o parto hospitalar. Pesquisadoras têm estudado essa questão há décadas. Até recentemente, praticamente todos os estudos apresentavam grandes falhas que, embora resultassem em dados promissores, não tinham nenhuma resposta clara em relação

à questão da segurança. Em um estudo realizado recentemente na Holanda, onde o parto domiciliar é comum, foram analisados resultados de mais de meio milhão de partos domiciliares planejados. As conclusões não apontam diferenças em mortes ou ferimentos graves em bebês e revelam resultados muito melhores para as mães dos partos domiciliares planejados.

No Brasil, convivemos com duas realidades distintas: o atendimento domiciliar com parteiras tradicionais que atendem em lugares em que o sistema de saúde pública não chega e o atendimento a partos domiciliares com enfermeiras obstetras e obstetizas com um planejamento de equipe e hospital de retaguarda.

No Brasil, há parteiras que trabalham sem qualquer formação acadêmica e também sem acordos formais para consulta e encaminhamento. É muito importante a gestante conhecer bem a equipe de parto, sua formação e limitações, assim como a equipe de suporte na hora de escolher uma equipe domiciliar.

Na prática, a segurança do parto domiciliar depende da saúde da mulher e do feto, da habilidade da profissional de assistência ao parto, da distância de um hospital e da capacidade de obter atendimento seguro e oportuno naquele hospital, caso ocorra uma complicação. Considere cada um destes fatores cuidadosamente quando for explorar a opção do parto domiciliar planejado.

As enfermeiras obstetras e obstetizas são especificamente treinadas para monitorar o bem-estar da mãe e de bebês durante o trabalho de parto e para lidar com as complicações que podem surgir. Algumas vezes, as complicações ou o desejo de usar medicamentos para a dor podem requerer transporte para um hospital. Muitas enfermeiras obstetras e obstetizas domiciliares trazem equipamentos para ajudar a resolver essas necessidades antes e durante a transferência. Na maioria dos estudos sobre parto domiciliar planejado, 10% a 20% das mulheres que iniciam o parto em casa são transferidas para um hospital antes do nascimento, mas a maioria dessas transferências é para situações não urgentes, como exaustão, progresso lento do trabalho de parto ou necessidade de alívio da dor.

Vale notar que, ainda que os resultados dos partos domiciliares planejados no Brasil sejam próximos aos resultados obtidos nos países escandinavos, de acordo com uma revisão sistemática⁷ do parto domiciliar planejado no país, a opção é para poucas:

“Concluiu-se que o parto domiciliar planejado (PDP) tem crescido entre parcelas privilegiadas da população, representando importante prática de exercício da autonomia da mulher em contraponto ao modelo obstétrico vigente, apresentando-se como alternativa segura de local de parto, com alto grau de satisfação para as mulheres e famílias. Este modelo de assistência, entretanto, apresenta-se como opção limitada, uma vez que o PDP não é oferecido pelo Sistema Único de Saúde, ainda inacessível para a maioria das mulheres no país”.

ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE NO ATUAL SISTEMA DE SAÚDE

Para muitas de nós, a gravidez é o primeiro contato sério com o sistema médico. Independentemente de você ter uma gravidez saudável, com excelentes informações, cuidados e apoio, ou de ter uma gravidez com complicações, você pode sair de suas experiências de cuidados com a maternidade como uma pessoa mais capacitada, esclarecida e preparada para assumir o controle de sua própria saúde e da saúde de suas crianças.

Comecei minha gravidez com tanto medo e desconfiança de médicas e hospitais que decidi fazer um parto em casa para evitar ter de lidar com isso, mas com trinta e três semanas desenvolvi pré-eclâmpsia grave e síndrome de HELLP. Então, eu tive que aceitar que precisávamos de médicas e de um hospital para eu ter um parto com segurança. Ainda assim, eu quis me envolver na tomada de decisões sobre meus cuidados e não apenas aceitar todas as intervenções médicas apenas porque tive uma gravidez complicada.

Fui induzida ao parto na trigésima quarta semana e usei sulfato de magnésio, o que me fez sentir tonta e enjoada, e ocitocina, que fortalece as contrações. Usei monitores fetais eletrônicos, não pude comer e precisei ficar na cama, mas ainda assim consegui entrar em trabalho de parto como eu queria, ou seja, com meu marido e doula (assistente de parto) ao meu lado. Contra todas as probabilidades, dei à luz a minha filha saudável, em um parto vaginal, sem medicação para a dor, e consegui segurá-la em meus braços após o nascimento. Ela acabou indo para a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) por alguns dias, mas eu acho que o fato de eu segurá-la imediatamente tornou a amamentação mais fácil e me ajudou a lidar com a separação. Pensei que ia me sentir traumatizada por um parto “médico”, mas me senti extasiada e como se pudesse enfrentar qualquer coisa que surgisse no meu caminho. Acho que a experiência me preparou para a intensidade da maternidade, e até diria que fortaleceu o meu casamento.

Infelizmente, o oposto acontece muitas vezes. O sistema de assistência à maternidade oferece, frequentemente, um atendimento impessoal e fragmentado, que não segue o que pesquisas têm mostrado há décadas como sendo o melhor para mães e bebês.

Muitas mulheres estão expostas aos riscos de procedimentos de alta tecnologia, mesmo quando são saudáveis, e dificilmente se beneficiam deles. O exemplo mais visível disso é a taxa de cesárea no Brasil, que é a segunda maior do mundo. As cesáreas podem salvar vidas e melhorar a saúde em situações de emergência, mas cesáreas desnecessárias expõem muito mais as mães e bebês aos riscos de grandes cirurgias, sem ganhos claros para a saúde materna e infantil em geral.

Muitas mulheres sujeitam-se a esses procedimentos potencialmente prejudiciais sem dar consentimento – o que se chama de violência obstétrica – e não encontram fontes seguras para obter informações sobre riscos a curto e a longo prazo para si ou para sua ou seu bebê. As informações disponíveis na internet sobre cesárea são imprecisas e pouco informativas. Além disso, a opção do parto normal típico praticado na maioria das instituições de saúde é antiquada, com uso de ocitocina de rotina, manobra de Kristeller e episiotomia sem consentimento.

ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE: OBSTÁCULOS À MUDANÇA

Por que algumas intervenções médicas ainda continuam sendo muito usadas desnecessariamente, apesar das evidências contra elas? E por que as abordagens conhecidas por serem úteis não são oferecidas para todas as mulheres? As defensoras da melhoria da assistência à maternidade apontam para os seguintes obstáculos:

Formação em obstetrícia e sistema médico. Obstetras cuidam da grande maioria das mulheres grávidas, tanto no Brasil como nos Estados Unidos. O treinamento de obstetras foca na identificação e no tratamento das complicações da gravidez e do parto. Elas geralmente recebem muito menos instrução sobre a progressão natural do parto ou sobre técnicas de baixa tecnologia que minimizam problemas. Enquanto as médicas e médicos aprenderam antigamente a acompanhar partos vaginais de bebês em posição pélvica (sentadas) e de gemelares, as médicas e médicos com formação mais recente não aprenderam isso, pois o padrão de atendimento mudou para exigir cesárea para esses tipos de partos.

Incentivos econômicos. Intervenções cirúrgicas podem poupar tempo e dinheiro às médicas e médicos. Durante muito tempo, o sistema de remuneração era maior para a cirurgia cesárea do que para o parto vaginal, e a profissional precisava desmarcar toda a agenda de atendimentos em sua clínica particular. Portanto, médicas e médicos que, pacientemente, apoiam o trabalho de parto normal, que começa em horas imprevisíveis e geralmente demanda mais tempo, são penalizadas/os financeiramente. Induções de parto programadas e cesáreas ajudam os hospitais a tornar os horários da equipe de enfermagem mais previsíveis e a transferir os trabalhos das prestadoras de serviços de saúde para horários durante os dias úteis da semana. Os métodos não medicamentosos de alívio da dor e os cuidados de enfermagem individuais que permitem o parto normal não são cobrados pelo plano, enquanto as peridurais e outros serviços de anestesia são as principais fontes de receita para os hospitais.

Medo de processos. Se algo correr mal, as médicas e médicos podem ser responsabilizadas ou responsabilizados por não fazer algo, mas raramente o são por fazer

algo. Por exemplo, ações judiciais envolvendo negligência por não se ter realizado uma cesárea são muito mais comuns do que ações judiciais alegando que cesáreas não eram necessárias. Para evitar processos, médicas, médicos e parteiras relatam que se sentem na obrigação de fazer “muito” para não receberem a acusação de terem feito “muito pouco”.

Uma sociedade apressada e avessa ao risco. O desejo de eliminar a dor e de ter o controle de resultados pode fazer com que profissionais de saúde e as futuras mães adotem procedimentos desnecessários e potencialmente prejudiciais. Mulheres saudáveis com gestações de baixo risco recebem tratamentos que foram criados para mulheres com gestações de alto risco. O uso generalizado de peridurais, que ocorre no sistema privado – embora as peridurais sejam, na maioria dos casos, uma forma muito eficaz de alívio da dor durante o trabalho de parto –, às vezes tem efeitos adversos e requer o uso proativo de outras intervenções para manter mães e bebês em segurança e, assim, progredir no parto. No SUS, são poucas as instituições ou casos que oferecem anestesia, mesmo quando ela é indicada.

A linguagem da “escolha”. Às vezes, as abordagens são apresentadas como “escolhas” equivalentes e não são oferecidas informações completas e precisas sobre possíveis consequências. Escolhas que são percebidas como arriscadas para o feto são mais prováveis de serem restringidas do que escolhas que são claramente consideradas de risco para as mulheres. Por exemplo, o parto vaginal após cesárea e o parto domiciliar planejado são apoiados por pesquisas, ainda que muitas mulheres os vejam como irracionais e inacessíveis. Já as cesáreas eletivas (feitas sem necessidade médica) são cada vez mais apresentadas, pela mídia e por médicas e médicos, de maneira enganosa como uma opção razoável para mulheres grávidas saudáveis, sendo também, muitas vezes, sinônimo de status social.

Um número demasiadamente reduzido de mulheres tem se beneficiado da assistência de cuidados com baixa tecnologia que as ajudam a lidar com os desafios presentes durante a gestação, o parto e o nascimento de forma segura. Pesquisas científicas demonstram uma alta frequência de mulheres que foram confinadas à cama desde o momento que deram entrada no hospital e estavam em trabalho de parto “ativo” e acabaram dando à luz deitadas de costas (uma posição que é mais dolorosa do que as posições verticais e que cria dificuldades para dar à luz). Como mostra a série documental “Nascer no Brasil”, produzida pela Fiocruz, a partir de 2014, novos protocolos médicos foram adotados pelo Ministério da Saúde para o SUS, e mulheres experimentaram um conjunto de cinco práticas de cuidados de apoio demonstrados como benéficos para mães e bebês em diversas pesquisas. Essas práticas são: (a) o tra-

balho de parto começa por conta própria; (b) a mulher tem liberdade para se mover e mudar de posição; (c) a mulher tem o apoio/acompanhamento de uma parceira ou parceiro, família ou doula durante o trabalho de parto; (d) a mulher não dá à luz deitada de costas; e (e) mãe e bebê não se separam após o parto.

Muitas mulheres acabam tendo problemas de saúde física e emocional após o parto, fato muitas vezes invisibilizado pelo sistema que transformou o parto normal típico em um evento penoso e dolorido, mas que deveria ser uma experiência fortalecedora para as mulheres. Não é de se estranhar que a preferência pela cesárea tenha aumentado. O parto humanizado vem resgatar a autonomia e o protagonismo da mulher na cena do parto e deve ser oferecido em todos os lugares: no domicílio, nas casas de parto, nos hospitais e nas maternidades.

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

O pré-natal consiste em três elementos interrelacionados: visitas regulares à sua enfermeira obstetra, obstetrix, médica ou médico, autocuidado e os cuidados que você recebe de amigas, familiares e outras pessoas de apoio. Esta seção se concentra nas visitas pré-natais a uma profissional de saúde.

O QUE ESPERAR DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL?

O atendimento pré-natal com sua enfermeira obstetra ou obstetrix ou com sua médica ou médico inclui avaliações mensais de saúde e o estabelecimento de um plano de cuidados para o trabalho de parto, nascimento, recuperação pós-parto e adaptação à maternidade.

Nem todo pré-natal é semelhante. Algumas prestadoras de cuidados pré-natais, especialmente parteiras que atuam em casa e em centros de parto, oferecem longas visitas com tempo de sobra para responder perguntas, resolver preocupações, comemorar as alegrias da gestação e conversar sobre nossos medos. Podemos ser encorajadas a ter uma participação ativa em alguns aspectos de nossas visitas, como medir nossa própria pressão arterial ou anotar nosso peso em nossos próprios registros médicos.

Minha filha de 6 anos, Lucia, costumava ir às minhas consultas comigo, e acho que isso foi importante para torná-la a grande irmã mais velha que ela é. Nossa parteira, Elizabeth, foi realmente paciente com todas as perguntas de Lucia, deixando-a experimentar todas as suas ferramentas, e sempre tinha uma boneca para ela segurar, que era do mesmo tamanho do nosso bebê em crescimento. Depois que Savina nasceu, Lucia ficou muito triste por não podermos mais visitar Elizabeth.

Algumas consultas a profissionais com vínculo a planos de saúde ou ao SUS são breves e enfatizam testes e procedimentos. Enquanto a maioria de nós tem consultas individuais com uma pessoa profissional, em alguns lugares muitas mulheres participam de pré-natais em grupos de apoio com outras mulheres que devem entrar em trabalho de parto no mesmo período. Esteja preparada para assumir um papel proativo para aproveitar ao máximo suas consultas. Para obter mais informações, consulte o capítulo 24, “Entendendo o sistema de saúde brasileiro”.

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

No primeiro trimestre, as consultas pré-natais são recomendadas a cada quatro a seis semanas. O tempo das consultas pode variar de acordo com suas necessidades individuais. Normalmente, seu peso e pressão arterial são verificados, os batimentos cardíacos da criança são ouvidos (após dez a doze semanas) e seu crescimento é medido, sentindo o útero ou colocando uma fita métrica em seu abdômen. Idealmente, você terá tempo suficiente para falar sobre quaisquer preocupações, revisar os resultados dos exames (caso tenham sido realizados) e discutir planos futuros. É recomendado que você leve suas dúvidas para serem discutidas com a profissional de saúde. Então, quando elas aparecerem, anote em um caderno que seja fácil de levar com você, pois, muitas vezes, ao chegar nas consultas, esquecemos o que queríamos perguntar.



Figura 1 – Gestante. © Judith Elaine Halek.

Se você participar de um pré-natal em grupo ou de um grupo de gestantes com outras mulheres, também terá tempo para aprender com elas o necessário para fazer boas escolhas para os seus cuidados. Se você tem consultas pré-natais tradicionais, provavelmente se beneficiará das aulas de educação sobre o parto, incluindo aulas sobre gravidez precoce e amamentação ou maternidade, especialmente se sua ou seu profissional de saúde oferecer consultas pré-natais relativamente breves (de trinta a sessenta minutos).

SUA PRIMEIRA CONSULTA

Se a sua primeira consulta pré-natal corresponder à primeira vez que você será atendida pela equipe de saúde, convide sua parceira ou parceiro, outra pessoa da família ou uma amiga para te dar apoio. Se sua opção de plano de saúde possibilitar o acompanhamento de uma mesma profissional durante toda a gestação, leve perguntas que a ajudarão a decidir se ela é adequada para você. (Consulte as perguntas sugeridas mais acima.)

Na primeira consulta, a profissional perguntará sobre seu histórico de saúde e familiar, história de vida, profissão e que tipo de apoio você tem em casa. Você vai falar sobre sua alimentação, exercícios que pratica e sobre o uso de drogas e álcool. O objetivo dessa visita é ajudá-la a identificar possíveis problemas, como aqueles de ordem física e psicológica. Se você estiver sofrendo violência física ou sexual, considere avisar sua parceira ou médica. Ela poderá ajudá-la, encaminhando-a para alguma profissional ou serviço especializado e agendando consultas mais frequentes, se necessário.

Outro objetivo importante da primeira consulta pré-natal é estabelecer uma data provável do parto (DPP). Para quem tem ciclos menstruais regulares de vinte e oito dias, a DPP é de quarenta semanas a partir da data da última menstruação. Para descobrir o dia da DPP, lembre-se da data da sua última menstruação, mais sete dias; para descobrir o mês do nascimento, veja qual é o mês da última menstruação e reduza em três meses. Muitas mulheres, no entanto, não têm ciclos menstruais regulares, ou seus ciclos são maiores ou menores que 28 dias. Se esse for o seu caso, informe sua médica ou médico sobre quanto tempo costumam durar os ciclos menstruais, se são regulares e se você adotou recentemente algum método de controle da natalidade hormonal (pílula) ou se está amamentando (ambos podem alterar o seu ciclo menstrual).

A gravidez geralmente dura de 37 a 42 semanas. Sua DPP é apenas o meio dessa janela. No Brasil, a maioria dos bebês nascem com em torno de 40 semanas e 3 dias.

Alguns consultórios e clínicas médicas, enfermeiras obstetras e obstetrias dispõem de aparelhos de ultrassom e os utilizam nessa primeira consulta para checar os batimentos cardíacos fetais e estimar há quanto tempo você está grávida. No entanto,

os ultrassons em consultórios não são rotineiros em todas as situações ou não necessários para a maioria das mulheres grávidas. É pouco provável que a qualidade das imagens produzidas por aparelhos de ultrassom forneça informações úteis sobre seu bem-estar ou o do seu bebê.

Na primeira consulta pré-natal, sua médica ou médico ou parteira pode pedir para você se despir. O exame normalmente inclui um exame pélvico para coletar amostras para exames – que podem incluir o Papanicolau e culturas de gonorréia e clamídia – e para sentir o tamanho do seu útero. Se você quiser ver sua vagina e o colo do útero, peça um espelho. Se for dez a doze semanas após a sua última menstruação, você poderá ouvir os batimentos cardíacos com um Doppler eletrônico. Com o passar do tempo, os batimentos cardíacos podem ser ouvidos com um dispositivo simples chamado fetoscópio.

Antes de ir embora, pergunte quando deve voltar, o que esperar de futuras consultas e para onde e para quem ligar caso haja problemas e preocupações. A profissional pode auxiliá-la com outras informações que você precise, como materiais impressos e indicações para aulas e centros de informações próximos. Você deve sentir que é ouvida e bem cuidada. Se não achar que essa profissional é adequada para você, procure outra, se possível.

As consultas subsequentes, geralmente, serão mais curtas que a primeira. A sua enfermeira obstetra, obstetriz, médica ou médico irá verificar seu peso, pressão arterial e urina; medir sua barriga para avaliar o crescimento e a posição da bebê; e ouvir o batimento cardíaco fetal. Ocasionalmente, você precisará fazer outros exames e procedimentos, que serão discutidos com sua médica ou médico com antecedência. Todas as consultas de pré-natal devem prever bastante tempo para conversar sobre sua gravidez, discutir o plano de parto e nascimento e responder às suas perguntas. No final da gestação, as consultas serão quinzenais, podendo ser semanais nas últimas semanas. Se a sua gestação for de risco, o intervalo entre as consultas será menor.

Se você estiver utilizando o SUS, você será atendida por profissionais de saúde que estiverem de plantão (profissionais de medicina, enfermagem, obstetrícia), que irão verificar seu peso e pressão arterial, medir sua barriga, auscultar o coração da criança, verificar sinais de anemia ou inchaço, solicitar exames e vacinas e dar orientações sobre a gravidez e parto.

DIREITOS DAS MULHERES DURANTE A GRAVIDEZ E O PARTO

Independentemente da situação em que você se encontra quando está grávida e em trabalho de parto, entender seus direitos é essencial para tomar boas decisões e ter melhores condições de agir sobre elas.

A declaração a seguir foi extraída da “Caderneta da Gestante” do SUS de 2018:

Direitos trabalhistas:

- Ter licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias para gestantes com carteira de trabalho assinada.
- Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por “justa causa”.
- Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou para a saúde de sua bebê. Para isso, apresente à sua chefia um atestado médico comprovando que você precisa mudar de função ou setor.
- Receber a declaração de comparecimento sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame. Apresentando essa declaração à sua chefia, você terá a falta justificada no trabalho.
- Ser dispensada do trabalho todos os dias para amamentar, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, até a criança completar seis meses. Combine com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.
- Ter licença de cinco dias para o pai logo após o nascimento.

Direitos sociais:

- Guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- Assento prioritário para gestantes e mulheres com crianças de colo em ônibus e metrô. Peça licença e ocupe o lugar que é seu. Não viaje em pé! Em ônibus, você pode sair pela porta da frente.
- Se a sua família é beneficiária do Programa Bolsa Família, você tem direito ao benefício variável extra na gravidez e após o nascimento. Para conseguir esse benefício, busque informações no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) de seu município.

Entrega para adoção:

- A Lei nº 12.010/2009 garante a você o direito de receber atendimento psicossocial gratuito se desejar, precisar ou decidir entregar a criança para adoção. Procure a Vara da Infância e Juventude de sua cidade.

Direitos nos serviços de saúde:

- Ser atendida com respeito e dignidade pelas equipes de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome da profissional que a atende.
- Aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo à sua disposição água para beber e banheiros limpos.

Lei da vinculação para o parto:

A Lei nº 11.634, de 26 de outubro de 2007, garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

GESTANTE E BEBÊ SEMPRE TÊM DIREITO À VAGA!

- Para o parto, você deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro serviço de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura.

Lei do direito a acompanhante no parto:

A Lei Federal nº 11.108/2005 garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS. A pessoa acompanhante é escolhida por você, podendo ser homem ou mulher.

Os direitos da gestante são uma estratégia do Ministério da Saúde, sendo que há leis federais de vinculação e de acompanhante, mas elas nem sempre são respeitadas na sua integralidade. Por isso, tenha as informações sempre com você e exija seus direitos. O direito a alguém que a acompanhe no pré-parto, parto e pós-parto é garantido por lei e é comprovadamente um grande auxílio para as gestantes.

Uma mulher que planejou o parto em casa, mas descobriu no final da gravidez que sua bebê era pélvica (estava sentada), descreve como ela garantiu seus direitos em um ambiente hospitalar:

Em todas as nossas pesquisas, descobrimos que havia várias médicas nesse hospital com experiência em parto pélvico e que, embora a equipe do hospital tentasse me pressionar a ter uma cesárea, era meu direito recusar. Aparecemos no hospital no dia seguinte para tentar uma versão cefálica externa (VCE) [em que as médicas tentam virar o bebê manualmente] e com uma carta que especificava que não daríamos consentimento a uma cesárea, a menos que minha vida e/ou a da bebê estivessem em risco. A versão cefálica não funcionou e as médicas tentaram nos convencer a ter uma cesárea. A maior razão que elas puderam nos dar era de que seria um desafio agendar funcionários com experiência em parto pélvico para quando eu entrasse em trabalho de parto. Isso não parecia uma razão boa o suficiente para me abrirem.

Quando as médicas perceberam que não consentiríamos em fazer uma cesárea, uma médica muito boa se ofereceu para me atender. Ela passou mais de uma hora

conversando comigo, tentando me deixar confortável com o parto em um hospital. Quando fui ficando mais calma, meu trabalho de parto acelerou. Minha terceira filha nasceu menos de quatro horas depois. Foi o trabalho de parto mais fácil e rápido que tive. Voltamos para casa menos de três horas após o parto.

MODELOS DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil tem cerca de três milhões de nascimentos por ano, o que significa seis milhões de indivíduos com cuidados de saúde (mulher e bebê), e aproximadamente 80% dos nascimentos ocorrem no SUS. Do total de nascimentos de 2014, cerca de 55% foram por cesáreas, sendo que 88% dessas cesáreas foram realizadas na rede privada.⁹

O Ministério da Saúde regulamenta o SUS com diretrizes e protocolos por meio da publicação de portarias. As médicas, médicos e hospitais que atendem através dos convênios de saúde são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Há profissionais de saúde fazem atendimentos independentes e são remuneradas/os diretamente por seus pacientes. Alguns hospitais e maternidades atendem no sistema híbrido, parte pelo SUS e parte pelos convênios e particulares.

TESTES DURANTE A GRAVIDEZ

Alguns testes pré-natais fornecem informações sobre a saúde da mãe, enquanto outros dão informações sobre as características do feto em desenvolvimento. Embora alguns testes sejam rotineiros e geralmente úteis, nem todos fazem sentido para todas as mulheres. Idealmente, os testes serão selecionados com base em suas circunstâncias individuais e preferências pessoais.

TESTES DE SAÚDE

Testes pré-natais que fornecem informações sobre sua saúde, como exames de sangue para descobrir se você é anêmica ou soropositiva, são importantes porque detectam condições que geralmente podem ser tratadas.

As recomendações do Ministério da Saúde, publicadas na “Caderneta da Gestante”, são:

- **Tipagem sanguínea e fator Rh** – verifica seu tipo de sangue, para identificar um possível conflito com o sangue do bebê e evitar problemas na próxima gestação.
- **Hemograma** – identifica presença de anemia (falta de ferro no sangue).

- **Eletroforese de hemoglobina** – identifica a doença falciforme ou a talassemia, que são hereditárias e requerem cuidados especiais na gravidez.
- **Glicemia** – mede a quantidade de açúcar no sangue, necessário para identificar diabetes.
- **Exame de urina e urocultura** – identificam a presença de infecção urinária.
- **Exame preventivo de câncer de colo de útero.**
- **Teste rápido de sífilis e VDRL** – a sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode passar da gestante para a criança durante a gravidez. O tratamento com a penicilina benzatina (Benzetacil) é o único meio eficaz de tratar a criança ainda na barriga da mãe e prevenir que ela tenha algum problema.
- **Testes de HIV** – deverão ser realizados no primeiro e no terceiro trimestre. O teste também pode ser feito no momento do parto.
- **Teste de malária** – feitos em gestantes de regiões que têm essa doença.
- **Testes para hepatite B (HBsAg)** – a hepatite B é uma doença que pode passar da mãe para a criança durante a gravidez.
- **Vacina contra a hepatite B** – caso você não seja vacinada, deve tomar três doses para ficar protegida.
- **Exame de toxoplasmose** – a toxoplasmose pode ser adquirida pela ingestão de alimentos contaminados.
- **Vacina antitetânica (dT)** – protege você e a criança contra o tétano.
- **Vacina DTPA** – protege você e a criança contra tétano, difteria e coqueluche, e deverá ser tomada entre a 27^a e a 36^a semana de gestação.
- **Vacina contra gripe (influenza)** – recomendada para toda gestante e mulher após o parto, durante a campanha de vacinação.

CURSOS DE PREPARAÇÃO

As consultas de pré-natal raramente oferecem tempo suficiente para discutir detalhadamente a preparação para o parto, nascimento, amamentação e as primeiras fases da maternidade. As aulas de preparação para a maternidade podem ajudar a preencher essa lacuna. Nos últimos trinta anos, a educação sobre o parto evoluiu. Hoje, as mulheres podem escolher entre o método de Lamaze, o método de Bradley ou mesmo o HypnoBirthing (hipnose), já praticado no Brasil como um método de preparação para o parto com base na atenção plena, entre outros. As aulas ensinam sobre o processo de parto e nascimento e oferecem técnicas para ajudá-la a relaxar.

Técnicas que melhoram a confiança podem ajudá-la a se preparar para lidar com as sensações do parto. Meditação, visualização, movimentos e técnicas rítmicas são ferramentas que você pode usar para enfrentar as contrações do trabalho de parto.

As aulas patrocinadas por hospitais tendem a se concentrar em intervenções médicas e são menos propensas a fornecer detalhes sobre todos os riscos, benefícios e

direitos. Procure uma educadora independente para obter informações imparciais e para ajudá-la a tomar decisões e ter uma experiência de parto que atenda às suas necessidades. Uma doula também pode fornecer aulas individuais de educação e preparação. Se essas opções não estiverem disponíveis ou não forem acessíveis, organize uma reunião com amigas grávidas para explorar informações e histórias sobre partos. Muitas cidades grandes têm organizações independentes de educadoras ou doulas que podem fornecer uma lista de opções alternativas para essas aulas. As organizações de educação para o parto muitas vezes podem direcioná-la a educadoras da sua região, e alguns de seus sites incluem listas.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

O QUE É UMA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO?

Algumas mulheres têm condições médicas preexistentes, como diabetes, pressão alta, epilepsia, doenças autoimunes, HIV ou doenças cardíacas ou renais que aumentam o risco de problemas durante a gravidez. Outras iniciam a gravidez de maneira saudável, mas desenvolvem uma complicação que precisa de monitoramento mais atento, como no caso da placenta prévia, do trabalho de parto prematuro, da diabetes gestacional ou da pré-eclâmpsia.

Quando engravidei, pensei que teria uma gravidez saudável e um parto natural com parteiras – já havia feito isso antes. Mas, depois de sofrer um sangramento grave no sétimo mês, fui diagnosticada com placenta prévia. Passei o resto da minha gravidez na cama, hospitalizada a maior parte do tempo e, por fim, tive uma cesárea de emergência quando o sangramento recomeçou. Eu nunca quis que hospitais, especialistas de alto risco e cirurgiãs se envolvessem em minha gravidez, mas sou eternamente grata por estarem lá quando eu precisei.

Se você tiver uma gravidez de alto risco, talvez precise se consultar com uma obstetra, uma médica ou médico de medicina materno-fetal ou especialistas relevantes, bem como ter consultas pré-natais mais frequentes ou ajustar suas atividades diárias. Mas, embora o risco de complicações durante a gravidez seja maior, você pode não vir a desenvolver complicações preocupantes.

Algumas de nós são rotuladas como de “alto risco”, mas somos realmente saudáveis e, com uma boa rede de suporte, podemos continuar saudáveis e dar à luz a bebês saudáveis de forma segura. Ser considerada de alto risco pode afetar nossa confiança e nos expor a testes e procedimentos extras que talvez não sejam necessários. Se você não acha que é de alto risco, converse com sua médica sobre o que isso significa para o seu tratamento. Se você acredita que o rótulo de “alto risco” limitará suas escolhas desnecessariamente ou levará ao uso excessivo de intervenções, considere mudar de profissional.

Se a sua gravidez precisar da atenção de especialista, parteira, médica ou médico de família poderão prestar os cuidados gerais de que você necessita.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Ficar grávida na adolescência pode trazer muitos desafios. Adolescentes mais jovens (de treze a quinze anos) têm uma taxa mais alta de partos complicados, mas você pode ajudar a evitar problemas cuidando bem de si mesma e recebendo apoio.

Será especialmente importante que você ganhe peso suficiente, portanto não faça dieta enquanto estiver grávida.

Você pode ter que fazer muitos planos para se preparar para dar à luz. Você precisará saber onde você e sua filha ou filho vão morar e descobrir o que fazer para permanecer na escola ou no trabalho, providenciar um plano de saúde e garantir que terá dinheiro suficiente. Pode parecer assustador. De quanto mais pessoas úteis (família, amigas, pai da criança, conselheira escolar, enfermeira de saúde pública, assistente social, parteira ou profissional de enfermagem) você puder se cercar, melhor. Essas pessoas podem encorajá-la a ser e a se manter saudável, a se sentir positiva em relação à gravidez e ao nascimento e a planejar e tomar decisões sobre o seu futuro e o de sua criança.

Direitos da Estudante Gestante

Se você é estudante, também tem seus direitos garantidos. O Ministério da Saúde publicou na “Caderneta da Gestante” os seguintes direitos para a adolescente:

- A partir do oitavo mês de gestação, a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa – Decreto-Lei nº 1.044/1969.
- O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

- Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação dos exames finais.
- A estudante grávida terá direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar, conforme garantido pela Lei nº 6.202/1975.

Além disso, caso seja adolescente, você tem o direito, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de ser atendida com sigilo, privacidade e autonomia e de receber informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Você também pode ser atendida sozinha, se preferir.

Direitos nos serviços de saúde

- Ser atendida com respeito e dignidade pelas equipes de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome da profissional que a atende.
- Aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo à sua disposição água para beber e banheiros limpos.

Tenho 15 anos e, quando engravidei, era muito difícil fazer educação física na escola. Você sabe... correr e tudo mais. A professora de ginástica era meio malvada, então conversei com minha orientadora e ela me levou para essa escola que é apenas para meninas que estão grávidas. É melhor para mim, porque aqui apenas precisamos andar para fazer exercício e todo mundo te ajuda.

Só porque você terá uma ou um bebê não significa que precisará sair da escola.

Tenho 16 anos e este é o meu primeiro bebê. Minha mãe também me teve quando tinha 16 anos. Quando entrei em trabalho de parto, disse à minha mãe que queria que minha irmãzinha estivesse comigo. Ela tem 12 anos. Depois que meu bebê nasceu, eu disse à minha irmã: “Você é inteligente e bonita. Não faça isso. Não faça o que eu e a mamãe fizemos. Você pode ser o que quiser”. Eu amo meu bebê, mas quero que minha irmã tenha uma vida melhor. Mais tarde, minha parteira me disse que eu era inteligente e bonita também, e que eu poderia fazer o que quisesse. Ela disse que eu ainda poderia ir para a faculdade. Espero que eu consiga. Sei que vai dar muito trabalho, mas gostaria de ser advogada.

GRAVIDEZ DEPOIS DOS TRINTA OU QUARENTA ANOS

Muitas de nós engravidamos pela primeira vez depois dos 30 ou 40 e poucos anos e, raramente, depois disso. Se você tem mais de 35 anos, as médicas e médicos podem classificá-la como uma “primigesta idosa” – uma mulher com “idade materna avançada” – e considerar a sua gravidez como de alto risco. A maior parte desse risco aumentado não está relacionada à sua idade, mas ao fato de as mulheres mais velhas apresentarem mais problemas de saúde, como pressão alta ou diabetes, o que pode afetar os resultados da gravidez. Além disso, o risco de algumas deficiências fetais, como a síndrome de Down, aumenta à medida que a mulher envelhece. No entanto, a grande maioria das mulheres com 35 anos ou mais tem gestações e partos saudáveis.

Quando você tem mais de 35 anos, sua médica ou médico pede exames de sangue, ultrassonografia e/ou amniocentese para ajudar a determinar se há algum problema cromossômico em sua ou seu bebê.

Algumas de nós vemos a nossa idade e as nossas experiências como um benefício à medida que vamos vivendo nossas gestações e maternidade:

Durante grande parte da minha vida, estive convencida de que não queria ter crianças. Então, me estabilizei na minha carreira e em um ótimo relacionamento. Conversamos sobre crianças e percebemos que realmente as queríamos. Nós nos casamos quando eu tinha 38 anos e engravidei três dias depois...

Como mãe tardia, acho que... não, na verdade eu sei que sou uma mãe melhor do que teria sido em uma idade mais jovem. Como sou saudável, ainda sou capaz de fazer todas as coisas ativas com as crianças: andar de bicicleta, praticar snowboard. E sou muito mais paciente do que costumava ser. Nós nos esforçamos um pouco para equilibrar a preparação para a aposentadoria com a tentativa de economizar para a faculdade das crianças, mas, no geral, esse é um desafio muito bom de se ter.

PESO E GRAVIDEZ

Mulheres consideradas acima do peso ou obesas correm maior risco de certas complicações, incluindo diabetes gestacional, pressão alta, bebês maiores do que a média e cesáreas. O mais preocupante é o alto índice de cesáreas. Profissionais trabalham sob o pressuposto de que ser gorda interfere na capacidade de uma mulher dar à luz por via vaginal e que cesáreas são necessárias quando as mulheres são obesas. Mas outras profissionais e ativistas questionam se a alta taxa é medicamente necessária e acreditam que ela é causada, em parte, por suposições equivocadas sobre a obesidade e por intervenções e protocolos desnecessários comumente usados com mulheres acima do peso.

As cesáreas envolvem grandes cirurgias abdominais e, portanto, apresentam riscos para mulheres de qualquer peso. Cesáreas são ainda mais arriscadas para mulheres obesas. Mulheres obesas que tiveram partos cirúrgicos apresentam taxas mais altas em problemas de anestesia, sangramentos graves e infecções do que mulheres não obesas que tiveram partos cirúrgicos. Se você tem sobrepeso ou é obesa, há algumas coisas que pode fazer para diminuir suas chances de ter cesárea. Isso inclui ser proativa em relação aos seus hábitos de saúde, escolher uma profissional que respeite o seu tamanho, evitar intervenções médicas de rotina durante o parto (a menos que seja claramente necessário) e não intervir quando houver suspeita de bebê grande. (O medo de bebês grandes é um dos fatores mais fortes que impulsionam a alta taxa de cesáreas em mulheres obesas; no entanto, ter bebê grande não é, por si só, uma razão médica válida para uma cesárea).

SE VOCÊ SOFRE ABUSO OU VIOLÊNCIA

Alguns estudos descobriram que uma em cada seis mulheres sofre agressão física durante a gravidez. Infelizmente, esse número pode possivelmente não refletir a realidade, porque muitas mulheres não denunciam os abusos ou não reconhecem que estão sendo abusadas.

Muitas mulheres sofrem abuso pela primeira vez durante a gravidez. O estresse de uma gravidez e o ciúme do bebê podem desencadear comportamentos violentos ou controladores em um parceiro que nunca tenha se comportado violentamente no passado. O abuso pode envolver qualquer tipo de violência física (esbofetear, bater, empurrar, apertar, esganar), violência sexual (forçando você a fazer sexo quando não quer ou fazendo com que faça sexo de maneiras que sejam dolorosas ou que a levam a se sentir mal) ou violência emocional (mantendo-a afastada de amigas, amigos ou parentes ou dizendo coisas que a fazem se sentir mal).

Há profissionais de saúde que não percebem ou não reconhecem os sinais de violência (os hematomas, a depressão, a embriaguez para lidar com isso) e, portanto, não conseguem abordar o assunto. Porém, se você informar sua médica ou médico sobre o que está ocorrendo, ela ou ele poderá encaminhá-la para serviços e especialistas que possam ajudar.

Você pode buscar orientações para se defender e garantir seus direitos para que situações inconvenientes e de violência não aconteçam novamente. Ligue gratuitamente para a Central de Atendimento à Mulher (180) ou para o Disque Saúde (136) e denuncie.

Para obter mais informações sobre violência contra a mulher e obter ajuda, consulte o Capítulo 25, “Violência contra as mulheres no Brasil”.

SE A GRAVIDEZ RESULTA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

No Brasil, está previsto em lei, no art. 128, II, do Código Penal, o aborto pelo SUS em casos de violência sexual. Você terá esse direito se for o seu desejo. Na prática e no contexto social, a mulher está sujeita a muitos conflitos envolvendo religião, médicas e médicos ou familiares, que podem influenciar sua decisão quanto ao aborto. Às vezes, essas pessoas não reconhecem que, em um estupro, a mulher é objetificada, agredida, ou mesmo que o estupro é uma forma de tortura. Deixar que a gravidez prossiga contra a vontade da mãe pode ser uma segunda violência.

Se a opção da mulher for dar prosseguimento à gestação, os efeitos da violência sexual podem ressurgir durante a gravidez, o parto e após o nascimento. Ela pode se sentir invadida ou violada durante as consultas pré-natais, por exemplo, e também se sentir estranhamente vulnerável no meio do trabalho de parto ou ter *flashbacks* perturbadores enquanto amamenta ou dá banho em sua filha ou filho. É recomendável encontrar uma profissional de saúde que a ouça atentamente e com quem você se sinta à vontade para contar, pelo menos, parte da sua história. Encontre uma pessoa da sua família ou amiga para conversar, ou terapeuta, se possível. Embora ter um histórico de violência sexual possa ser emocionalmente difícil, com um bom apoio, a gravidez, o nascimento e a maternidade podem te fortalecer e curar, tanto física quanto emocionalmente.

SE VOCÊ TEM ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA

Mulheres com deficiências físicas, intelectuais ou psiquiátricas têm direito às mesmas opções que as mulheres sem deficiências. No entanto, você pode encontrar locais inadequados e profissionais sem preparo e, assim, deparar-se com a ignorância ou a discriminação ao tentar obter um atendimento. Há poucas pesquisas, dados e formação sobre deficiência e gravidez. Esteja preparada para se defender e instruir a/o profissional de saúde, ou encontrar alguém que possa ajudá-la.

As pessoas incapazes de imaginar como você poderia lidar com a situação podem tentar convencê-la a não ter um bebê. Não deixe que a ignorância de outras pessoas afete a sua decisão. Questionar-se antes pode ajudar a esclarecer seus pensamentos e desejos: a gravidez e o parto colocam minha saúde em risco? Se sim, como? Existem maneiras de diminuir o risco? Se minha deficiência é genética, como me sinto sobre a possibilidade de passar minha deficiência para a criança? Entre em contato com organizações que lidam com essas questões específicas.

Estar no hospital e experimentar as intensas mudanças físicas do trabalho de parto pode desencadear sentimentos de vulnerabilidade ou desamparo. Lembre-se de que você é a especialista de suas próprias necessidades. Confie em si mesma para lidar com situações e pessoas difíceis e peça ajuda. Procure ter uma pessoa para acompanhá-la e para funcionar como sua porta-voz. Você pode visitar o hospital ou a mater-

nidade com antecedência. Você também pode escrever uma breve declaração sobre si mesma e incluir um parágrafo descrevendo como deseja ser tratada (por exemplo, “Não fale comigo por meio da minha acompanhante/intérprete; fale comigo diretamente”). Distribua cópias para todas as pessoas envolvidas, para que você não precise responder repetidamente às mesmas perguntas.

SE VOCÊ TEM UMA DOENÇA CRÔNICA

Se você tem uma doença crônica, pode se perguntar como a gravidez afetará a sua doença e como a doença afetará a sua gravidez. Algumas doenças crônicas não são afetadas pela gravidez, algumas podem piorar e outras podem realmente melhorar. Se possível, marque uma consulta pré-concepcional com obstetra, médica ou médico que tenha conhecimento sobre sua doença.

Escolha com cuidado as pessoas que melhor conhecem você e suas necessidades para ajudá-la a decidir onde você quer ter seu bebê e com quem deseja estar durante o parto. Se o seu plano de saúde não permitir que você tome essas decisões, tente conhecer todos os membros da equipe de assistência médica que possam cuidar de você.

Encontrei uma especialista em diabetes que me ouviu e me ajudou a reunir uma equipe médica. Ela me incentivou a aprender mais e a me envolver mais com meus cuidados. Comecei com insulina, uma dieta e metas de glicemia.

Não foi fácil, mas fiz tudo – testava oito vezes ao dia, aplicava insulina cinco vezes ao dia e fazia a dieta. Ainda não tinha um bebê, mas carregava uma grande bolsa aonde quer que eu fosse. Estava cheia de agulhas, insulina, caderneta, aparelho para medir a glicose, lanches, gelo e outros suprimentos.

Tornei-me ativa na equipe e tinha uma boa noção do que estava acontecendo. Eu até oferecia sugestões. Sou grata por meu corpo ter correspondido favoravelmente aos meus esforços e fui capaz de continuar atingindo meus objetivos sem complicações. Depois que meu filho nasceu, era assustador não ter mais um apoio tão intenso, mas o conhecimento que adquiri me permitirá continuar cuidando de mim mesma para poder cuidar dele.

SE VOCÊ LIDA COM ALGUM TIPO DE DEPENDÊNCIA

Se você luta contra o tabagismo, as drogas ou o alcoolismo, é importante obter ajuda. Algumas de nós achamos uma motivação extra para parar quando descobrimos que a criança sentirá as consequências do nosso vício.

A seguir, há algumas sugestões que poderão auxiliá-la a encontrar a ajuda que você precisa:

- No Brasil, o tratamento para quem deseja parar de fumar é oferecido gratuitamente pelo SUS nas Unidades Básicas de Saúde e nos hospitais.
- Se você sofre de alcoolismo ou dependência de drogas e precisa de ajuda, visite Alcoólicos Anônimos (www.aa.org.br) e Narcóticos Anônimos (www.na.org.br) para encontrar grupos e reuniões locais. Todos são gratuitos e garantem o anonimato. Pessoas voluntárias podem tirar suas dúvidas e ajudá-la a se conectar com quem pode apoiá-la, ou ainda a encontrar reuniões, centros de tratamento e outros tipos de ajuda. Mesmo que você não seja dependente do álcool, o AA pode encontrar uma conselheira ou pessoa que possa ajudá-la por estar familiarizada com a droga que você consome. Eles têm um método com resultados muito positivos. Para dependência emocional, você pode procurar o CODA – Codependentes Anônimos Brasil (codabrasil.org.br). Todos esses grupos são anônimos, trabalham com voluntários e são gratuitos.

Muitas mulheres grávidas têm medo de buscar tratamento para dependência de álcool ou drogas. Você pode não saber em quem confiar, ter medo de contar a alguém sobre o seu consumo ou ter sérios problemas com a justiça. Contudo, mulheres com dependência química merecem apoio e acesso a tratamentos seguros e acessíveis – não punição.

SE VOCÊ JÁ FEZ UMA CESÁREA

A maioria das mulheres que fizeram cirurgia cesárea no passado pode dar à luz com segurança por via vaginal na gravidez seguinte, evitando, assim, as complicações associadas à cesárea. Essas complicações incluem infecção, sangramento excessivo e problemas associados a coágulos sanguíneos. O parto vaginal também possui uma recuperação mais fácil e mais rápida que a cesárea. Os riscos da gravidez e a probabilidade de surgirem problemas durante a cirurgia aumentam de acordo com o número de cesáreas que uma mulher teve. Portanto, as mulheres que pretendem engravidar futuramente podem reduzir a chance de problemas planejando o parto normal.

No entanto, cerca de uma em cada quatro mulheres que planeja um parto normal após cesárea (PNAC) terá uma cesárea por conta de problemas que surgem durante o trabalho de parto. As cesáreas feitas durante o trabalho de parto são um pouco mais arriscadas do que as que ocorrem antes do trabalho de parto. Além disso, um pequeno número de mulheres que planejam o PNAC – cerca de uma em 200 – sofrerá ruptura uterina durante o trabalho de parto. A ruptura uterina (um rompimento total ou parcial do miométrio, geralmente no local da incisão na cesárea) precisa de uma laparotomia imediata com cesárea para retirar a criança e de uma reparação cirúrgica do útero para controlar o sangramento. Embora a maioria das mulheres que sofrem ruptura uterina se recupere completamente, estudos mostram que, a cada 100 rupturas uterinas, cerca de seis bebês morrem e 25 mulheres fazem histerectomias

(remoção do útero). No geral, a morte de bebês durante o trabalho de parto ou logo após o nascimento é muito rara, mas é um pouco mais comum com PNAC planejado *versus* cesárea planejada.

Nem toda mulher possui as mesmas chances de experimentar danos e benefícios. Se você deu à luz por parto normal no passado, por exemplo, é mais provável que você recorra novamente a ele e menos provável que tenha uma ruptura uterina do que mulheres que não tiveram parto normal. Se você fez uma cesárea por conta de um progresso lento no trabalho de parto, sua chance de dar à luz por via vaginal é menor do que se a cesárea tivesse acontecido devido a um problema como sofrimento fetal. Você precisa de informações precisas e imparciais sobre os diversos resultados possíveis para fazer uma escolha consciente. Além disso, você deve considerar os riscos e benefícios de diferentes opções no contexto de sua própria vida e prioridades.

Eu odiava a ideia de me recuperar da cirurgia com uma criança pequena no apartamento e um bebê novo para cuidar, especialmente porque meu parceiro só podia tirar alguns dias de folga no trabalho. Eu também não tinha certeza se estávamos prontos para ter filhos e eu tinha medo de algumas das complicações que você ouviu falar com a terceira e a quarta cesárea. Estou muito feliz por poder ter tido um PNAC.

Infelizmente, nos Estados Unidos, hoje, a maioria das mulheres é desestimulada a planejar um PNAC. No Brasil, a conduta deve ser aquela que as evidências científicas propõem, ou seja, deixar que a mulher entre em trabalho de parto espontaneamente (prova de trabalho de parto). O risco de uma segunda cesárea é maior que deixar a mulher entrar em trabalho de parto. Protocolos médicos foram publicados, tais como a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (Conitec), que *recomenda a realização de parto vaginal após cesáreas*. Esses protocolos poderão ser seguidos para a mulher ter um PNAC, mas dependerá da profissional que a estiver acompanhando; inclusive, está incluído o protocolo após duas cesáreas anteriores.¹⁰

Em 2010, os Institutos Nacionais de Saúde convocaram uma Conferência de Consenso para revisar todas as evidências científicas sobre o PNAC¹¹ planejado e a cesárea repetida planejada. Afirmaram que ambas as opções têm riscos e benefícios importantes e que o PNAC é uma escolha adequada e segura para a maioria das mulheres. Vários meses depois, o Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas divulgou uma diretriz que incentivava um maior acesso ao PNAC e reafirmava o direito das mulheres à autonomia e escolha. Com base em fortes evidências, as diretrizes recomendaram que a maioria das mulheres com uma ou duas cesáreas anteriores

poderiam ser aconselhadas e ter a chance de escolher o PNAC. Esses acontecimentos abriram o caminho para a defesa do consumidor melhorar o acesso a todas as opções de parto seguro para mulheres que tivessem feito cesáreas.

DEPRESSÃO E OUTROS DESAFIOS RELACIONADOS À SAÚDE MENTAL DURANTE A GRAVIDEZ

Apesar do estereótipo de que todas as mulheres grávidas ficam radiantes, para algumas mulheres a gravidez é um momento difícil. Os sintomas de depressão incluem falta de interesse e prazer nas atividades diárias; sentimentos persistentes de inutilidade, tristeza ou desesperança; mudanças de apetite ou fadiga em períodos prolongados; choros incomuns ou pensamentos suicidas. É possível ficar deprimida sem realmente sentir tristeza. Embora a depressão possa afetar qualquer mulher grávida, é mais comum em mulheres que sofreram depressão no passado.

Às vezes, pode ser difícil diferenciar a tristeza, que é uma reação normal diante das experiências desafiadoras da vida, da depressão grave, que exige mais do que um apoio básico e uma ajuda na resolução dos problemas. A definição médica de depressão geralmente ignora a(s) causa(s) que angustia(m) a mulher e, portanto, frequentemente falha em abordar questões específicas, como pobreza, discriminação, violência sexual, relacionamentos abusivos ou o fim de um relacionamento que pode causar tristeza, baixa autoestima e desespero.

Com muita frequência, mulheres vivendo em situações difíceis da vida são tratadas por profissionais de saúde com medicamentos que alteram o humor e podem causar efeitos colaterais indesejados. Esses medicamentos, cuja popularidade é alimentada por uma publicidade simplista e irrealisticamente otimista, são frequentemente prescritos antes que as mulheres recebam abordagens mais holísticas, que demonstraram ser igualmente ou mais eficazes. No entanto, quando os sistemas de apoio social não estão prontamente disponíveis ou a psicoterapia não é útil, algumas mulheres acham que os medicamentos podem proporcionar alívio, especialmente ajudando-as a retomar sua vida normal em curto prazo.

Atualmente, na América do Norte, a gestação é tratada como uma situação de risco para depressão, por isso há uma busca para identificá-la durante o pré-natal por meio da triagem. No entanto, as evidências mostram que as gestantes não sofrem mais depressão do que mulheres não gestantes. De acordo com um estudo sistemático sobre o tema, cerca de uma em cada treze gestantes têm depressão. Em uma pesquisa com mulheres norte-americanas em idade reprodutiva, não houve uma diferença significativa nas taxas de depressão entre gestantes e não gestantes; na verdade, a tendência era menor para as mulheres grávidas.

Por que existe um possível perigo no rastreamento de depressão? O rastreamento de grandes grupos de pessoas saudáveis apresenta, inevitavelmente, diagnósticos falso-

-positivos que podem resultar na atribuição de problemas mentais a elas, expondo-as a riscos desnecessários de tratamento. Além disso, embora muitas pessoas acreditem que a identificação precoce e o tratamento da depressão na gestação possam prevenir a depressão pós-parto, há poucas evidências científicas sobre essa visão.

Os sintomas de depressão grave podem se desenvolver no contexto de circunstâncias desafiadoras da vida ou podem surgir sem causa aparente.

Me sinto deprimida desde a minha décima oitava semana de gestação. Sinto-me vazia e infeliz o tempo todo, choro muito; não consigo dormir, não consigo me concentrar, estou impaciente com todo mundo, e nem brincar com meu bebê me deixa feliz mais. Esta é uma gravidez muito desejada e não há nada acontecendo na minha vida que deva me deixar tão infeliz.

Se você estiver grávida e se sentir triste, em qualquer nível, as primeiras coisas a fazer são tentar dormir bem e se exercitar, cuidar da alimentação e se apoiar em amigas e familiares. Procure grupos especializados que possam ajudá-la emocionalmente e, se você for uma pessoa religiosa, busque ajuda em sua fé. Se essas estratégias não adiantarem, procure a ajuda de uma pessoa profissional de saúde, como sua médica ou médico ou ginecologista obstetra, ou então uma psicoterapeuta, assistente social ou psicóloga com experiência no tratamento de depressão durante a gestação. A depressão é tratável e uma boa terapeuta pode fornecer apoio e orientação, além de ajudar a avaliar se um tratamento adicional pode ser útil. Se você estiver preocupada em se machucar ou machucar outras pessoas, ou se sentir desesperança ou impossibilidade de agir, procure atendimento médico imediatamente.

É comum prescrever antidepressivos para quem precisa durante a gravidez. Para pessoas com depressão considerada leve ou moderada, os antidepressivos não são mais eficazes que um placebo. Entre as pessoas que sofrem de depressão mais grave, apenas uma em cada dez pessoas tratadas com antidepressivos melhora significativamente. Entre as pessoas cuja depressão é classificada como “muito severa”, uma em cada quatro responde ao medicamento.

Além disso, os antidepressivos não demonstram ser mais eficazes do que outros tratamentos (em pessoas com depressão mais leve) como psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental e exercícios. As evidências apoiam fortemente um modelo de tratamento sintomático com foco na situação da vida, em vez de um modelo baseado no desequilíbrio químico do cérebro que é “corrigido” pelo antidepressivo. A maioria das depressões é episódica, geralmente resolvendo-se (mesmo sem tratamento) em cerca de quatro a seis meses.

Embora haja médicas e médicos que acreditam que os antidepressivos sejam mais eficazes do que o que foi mostrado nos ensaios clínicos, a única maneira cientificamente válida para determinar se realmente são melhores do que placebos é a partir de resultados de ensaios clínicos aleatórios, duplo-cegos e controlados.

Além da questão da eficácia, existe certa preocupação com os possíveis riscos de tomar antidepressivos durante a gestação. Por exemplo, eles podem causar problemas ao parto? Aumentam o risco de aborto? Vários estudos indicam que há um risco maior de malformação cardíaca em bebês cujas mães tomam antidepressivos, especialmente paroxetina (Paxil e genéricos equivalentes), e existem algumas evidências de que mulheres que tomam certos antidepressivos têm um risco maior de abortar.

Também há relatos de alguns efeitos nocivos em bebês de mulheres que tomaram antidepressivos no último trimestre da gestação, incluindo nervosismo, choro e problemas com alimentação, além de, muito raramente, um distúrbio grave chamado hipertensão pulmonar persistente. Há controvérsias em torno de todos esses riscos, e as evidências médicas estão sendo muito contestadas em processos legais. São necessárias mais pesquisas para responder a perguntas sobre os maiores riscos, incluindo os que podem ser causados por diferenças subjacentes (não relacionadas ao uso do medicamento) entre mulheres que tomam e não tomam antidepressivos.

As questões ligadas aos riscos do uso de antidepressivos devem ser ponderadas no caso das gestantes que já tomavam antidepressivos, pois interromper a medicação pode agravar a doença. Um estudo mostrou uma alta taxa de mulheres grávidas que, quando deixaram de tomar antidepressivos, tiveram uma recaída, mas o estudo não diminuiu gradualmente a dose da medicação e não conseguiu distinguir os sintomas de abstinência e de recorrência da depressão.

A depressão em gestantes está associada a um baixo ganho de peso, à dependência química e a infecções sexualmente transmissíveis, que podem prejudicar mães e bebês. Embora não haja evidências de que o uso de medicamentos previna qualquer um desses problemas, as mulheres com depressão grave precisam claramente de ajuda profissional.

As gestantes que sofrem outros problemas mentais, como transtorno bipolar, ansiedade ou transtorno de estresse pós-traumático, podem tomar outros medicamentos além dos antidepressivos. Sempre que for prescrito algum remédio, procure se informar sobre seus benefícios, efeitos colaterais e também sobre outras opções de tratamentos medicamentosos e não medicamentosos. Além disso, verifique a avaliação da Anvisa quanto a se a ingestão do medicamento prescrito é segura na gravidez. (Essas informações vêm no folheto informativo de cada medicamento prescrito, disponível na farmácia).

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E O NASCIMENTO

À medida que as semanas passam e você se aproxima da chegada de sua filha ou filho, chega o momento para se perguntar: “O que eu quero da minha experiência de parto?”

Toda mulher espera um parto seguro e o nascimento de uma criança saudável. Além disso, você pode ter plena convicção sobre querer um parto natural, ou quem sabe prefira uma peridural. Você pode ter costumes culturais ou religiosos que gostaria de integrar ao seu parto. Se você tem outros filhos, pode estar especialmente motivada a ter uma recuperação mais tranquila. Se você teve um parto traumático ou tem outro tipo de trauma, é bom que evite certos gatilhos durante esse parto. Esses são apenas alguns exemplos dos grandes anseios e expectativas que trazemos conosco para o processo de planejar o nascimento. É importante fazer perguntas a si mesma para esclarecer seus valores e preferências e, se você tiver alguém com quem dividir esse momento, dialogue com essa pessoa e descubra quais são os seus anseios também.

Ao aprender mais sobre a gravidez, o parto e o início da maternidade, você poderá descobrir que suas crenças e valores mudaram ao longo desse percurso. Ao começar a pensar no parto que se aproxima e na transição para a maternidade, pergunte-se se sua parteira ou médica ainda é adequada para as suas necessidades. É comum mulheres trocarem de médica ou médico ou escolherem outro tipo de parto em meados ou no final da gravidez, e a maioria das mulheres que trocam de profissional ficam felizes com sua escolha.

Você precisará considerar com antecedência quem você deseja que a acompanhe, quais estratégias vai seguir para enfrentar o parto, quais intervenções você aceitará e em quais circunstâncias.

Você já visitou a maternidade? Tanto no SUS quanto no sistema privado você poderá conhecer a maternidade e terá oportunidade de fazer um curso. Conforme você fica mais familiarizada com o ambiente, isso a deixará mais confiante na hora do trabalho de parto.

PLANO DE PARTO

Você já ouviu falar em plano de parto? É um excelente recurso educativo que auxilia ou poderá auxiliá-la a conhecer a gestação, o parto e o pós-parto, de modo que você possa fazer suas escolhas com base em informações. Ele pode ser no formato de questionário ou de uma carta sobre como você deseja que seja o parto e sobre as coisas de rotina que você não gostaria que fossem praticadas. Na internet, há vários modelos, e você poderá encontrar um com que se identifique. Muitas mulheres se sentem fortalecidas e menos vulneráveis a intervenções desnecessárias quando apresentam seu plano de parto às profissionais de saúde ao dar entrada no hospital/maternidade.

A Associação Brasileira de Obstetizes e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde desenvolveram um manual de direitos das mulheres no parto, que está disponível on-line.¹²

INDUÇÃO DE PARTO OU CESÁREA

A indução ao trabalho de parto é uma prática cada vez mais recorrente no Brasil, normalmente utilizada quando existe uma gestação que ultrapassa 40 ou 41 semanas (dependendo da equipe profissional de saúde ou da instituição) ou quando mulheres entram nos hospitais sem estar em trabalho de parto. A indução fará o parto ser mais doloroso do que ele realmente é. Quando a mulher já está em trabalho de parto e são usados medicamentos para acelerar o parto, o processo é chamado de condução.

A cesárea intraparto, após uma indução ou condução, é frequente no SUS, e a cesárea agendada, antes do início do trabalho de parto, é muito praticada nos hospitais e maternidades privadas do Brasil. Embora haja situações em que esses procedimentos são necessários, especialistas concordam que a indução e a cesárea são intervenções usadas em excesso.

A indução é um recurso artificial, químico ou mecânico, utilizado para dar início ao trabalho de parto. Lembre-se que só o bebê sabe quando está pronto para nascer, por isso é importante ter uma prova de trabalho de parto. Clinicamente, a gestação poderá chegar a 42 semanas. Para gestações superiores a 41 semanas, é recomendado monitorar a criança com mais frequência e, se tudo estiver bem com ela e a mãe, não haverá motivos clínicos para iniciar o parto desta forma, pois esses procedimentos são muito dolorosos.

Toda semana da gestação é importante para o desenvolvimento adequado do coração, dos pulmões e outros órgãos fetais, e as mulheres que têm induções são as mães “de primeira viagem” e/ou as que têm o colo do útero despreparado. Elas têm maior probabilidade de ter uma cesárea desnecessária.

Tirando certas exceções, como placenta prévia, pressão alta grave ou bebê cujo crescimento é significativamente restrito, deixar o trabalho de parto acontecer por si só geralmente é mais seguro do que realizar a indução ou uma cesárea planejada. Se sua médica ou médico sugerir induzir o parto ou marcar uma cesárea, reserve um tempo para considerar cuidadosamente a orientação e fazer várias perguntas, tais como:

- Por que você recomenda uma indução ou cesárea?
- Quais são os riscos para minha filha ou filho e para mim se eu esperar o parto começar naturalmente?
- Você pode me indicar uma pesquisa de alta qualidade que mostre que a indução/cesárea nessa situação é segura e reduzirá o risco de um resultado prejudicial?

- A probabilidade de que a indução seja bem-sucedida é alta? Em quanto tempo você espera que o parto comece ou que eu faça uma cesárea?
- Quais outros aspectos relacionados aos meus cuidados são afetados pela escolha de fazer uma indução/cesárea (por exemplo, restrições de comida e bebida, movimento no trabalho de parto induzido, separação após o nascimento)? Como a equipe que realizará meu parto pode me garantir que eu e minha filha ou filho recebamos os cuidados necessários?

PLANEJAMENTO PARA GERENCIAR A DOR

Durante a gravidez, a maioria de nós se pergunta como lidaremos com a intensidade e a dor do parto. Você e aquelas pessoas que a acompanharão durante o trabalho de parto podem aprender métodos para relaxar e outras estratégias em cursos, livros ou recursos de áudio ou vídeo sobre o assunto e praticá-los antes do grande dia. Essas estratégias variam desde medidas de conforto, como os métodos não farmacológicos de alívio da dor, caminhar, bola de pilates, cavalo, chuveiro, banheira e massagem nas costas, até estratégias mentais, como respiração focada ou hipnose, e medicamentos com efeitos anestésicos.

Os métodos para aliviar a dor que você optar por usar podem afetar sua experiência e lembranças do trabalho de parto. Aprender sobre as vantagens e desvantagens potenciais de diferentes métodos, pensar em suas preferências em relação ao controle da dor, conversar com sua médica ou médico e a pessoa que irá lhe acompanhar a respeito do que você deseja antes de entrar em trabalho de parto a ajudará a tomar boas decisões.

Embora a preparação seja importante, o trabalho em si é imprevisível. Você não tem como saber com antecedência o que vivenciará ou o que desejará ou precisará. Seu parto pode ser mais fácil ou mais complicado do que você imagina. Você pode planejar dar à luz sem medicação e, em seguida, sentir que precisa de um alívio maior, ou pode receber uma peridural, mas depois descobrir que não precisava de uma.

Eu estava determinada a ter um parto com anestesia peridural. Começaria com Nubain e depois passaria para uma peridural, e ficaria feliz sem dor. No entanto, quando cheguei ao hospital, minha obstetra disse que era tarde demais para qualquer intervenção médica e que era hora de empurrar. Na verdade, tive a sorte de não o ter no carro a caminho. Eu tive que jogar meus planos pela janela e ter esse bebê. Meu trabalho de parto durou sessenta e quatro minutos no hospital e, por fim, ele nasceu. Eu xingava e gritava com todo mundo próximo de mim, incluindo meu marido. (Eu praguejei tanto minha obstetra que, quando voltei ao mesmo hospital três anos depois para ter meu segundo bebê, as enfermeiras se lembraram de mim.) Em um momento,

minha obstetra me disse calmamente: “Se você focasse essa energia em empurrar em vez de gritar conosco, você teria o bebê agora”. Eu fiquei tão zangada com ela e com o meu marido, e então meu filho nasceu. Ela sorriu e disse: “Eu te disse”. Foi o momento mais poderoso da minha vida. Eu cortei o cordão umbilical e o segurei em meus braços... tudo antes do café da manhã.

Como muitas vezes é desafiador tomar decisões específicas sobre o alívio da dor antes do parto e como todos os medicamentos para alívio da dor podem ter efeitos adversos, geralmente é melhor abordar o trabalho de parto normal com a ideia de usar estratégias sem risco ou com risco muito baixo primeiro e depois prosseguir para o próximo nível mais alto de intervenção, se necessário. Também é útil descansar o máximo possível durante o início do trabalho de parto e conservar sua energia, pois a exaustão pode diminuir sua capacidade de tolerar a dor e, assim, aumentar a necessidade de medicamentos aliviá-la. A tabela “Medicamentos para a dor: escala de preferência”,¹³ criada pela educadora de parto Penny Simkin, pode ajudá-la a esclarecer seus sentimentos sobre a dor e o gerenciamento dela durante o parto.

MEDICAMENTOS PARA A DOR: ESCALA DE PREFERÊNCIA		
NÚMEROS	O QUE SIGNIFICA	ALGUÉM QUE ESTÁ TE ACOMPANHANDO (DOULA, ENFERMEIRA OU CUIDADORA) PODE AJUDÁ-LA
+10	Quero ser anestesiada antes de iniciar o trabalho de parto. (Um extremo impossível)	Explicando que você sentirá alguma dor, mesmo com anestesia. Conversando sobre seus desejos e medos com você. Prometendo ajudá-la a obter medicamentos o mais rápido possível no trabalho de parto.
+9	Tenho um grande medo da dor do parto e acredito que não posso lidar com ela. Dependendo da equipe para amenizar minha dor.	Fazendo o mesmo que para +10. Ensinando algumas técnicas simples de alívio para o início do parto. Garantindo que alguém sempre estará lá para ajudá-la.
+7	Quero anestesia assim que a/o médica/o permitir ou antes que o parto se torne doloroso.	Fazendo o mesmo que para +9 ou acima. Certificando-se de que a equipe saiba que deseja anestesia precocemente. Certificando-se de conhecer os procedimentos e os riscos potenciais.

NÚMEROS	O QUE SIGNIFICA	ALGUÉM QUE ESTÁ TE ACOMPANHANDO (DOULA, ENFERMEIRA OU CUIDADORA) PODE AJUDÁ-LA
+5	Quero anestesia peridural durante o trabalho de parto (4-5 cm de dilatação). Estou disposta a tentar aguentar até o momento do parto, talvez com medicamentos.	Incentivando-a a respirar e relaxar. Conhecendo e usando outras medidas de conforto. Sugerindo medicação quando você estiver em trabalho de parto ativo.
+3	Quero usar algum medicamento, mas o mínimo possível. Planejo usar medidas alternativas para aliviar parte da dor do trabalho de parto.	Fazendo o mesmo que para +5 ou acima. Comprometendo-se a ajudar você a reduzir o uso de medicamentos. Ajudando-a a obter medicamentos quando você decidir que os quer. Sugerindo meia dose de medicamentos ou uma peridural “leve e tardia”.
0	Não tenho opinião ou preferência. Vou esperar e ver. (Uma atitude rara entre as mulheres grávidas.)	Ajudando você a se informar sobre dores durante o parto, medidas de alívio e medicamentos. Seguindo seus desejos durante o trabalho de parto.
-3	Gostaria de evitar medicamentos para a dor, se eu conseguir, mas se ela ficar muito forte, me sentiria uma “mártir” se não os tomasse.	Enfatizando as técnicas de enfrentamento. Não sugerindo que você tome analgésicos. Não tentando convencê-la a tomar medicamentos para a dor, mesmo se você os solicitar.
-5	Tenho um grande desejo de evitar analgésicos, principalmente para evitar os efeitos colaterais em mim, em meu parto ou em minha criança. Vou aceitar medicamentos se tiver um trabalho de parto difícil ou longo.	Preparando-se para ter um papel mais ativo de apoio. Praticando medidas de conforto com você em aulas e em casa. Não sugerindo medicamentos. Se você pedir, sugerindo primeiro diferentes medidas de conforto e um apoio emocional mais intenso. Ajudando você a aceitar analgésicos, se ficar exausta ou se não puder mais se beneficiar de técnicas de apoio e medidas de conforto.

NÚMEROS	O QUE SIGNIFICA	ALGUÉM QUE ESTÁ TE ACOMPANHANDO (DOULA, ENFERMEIRA OU CUIDADORA) PODE AJUDÁ-LA
-7	Tenho um desejo muito grande de um parto natural. É algo importante para mim e que traz benefícios para minha ou meu bebê e meu parto. Ficarei decepcionada se eu receber medicamentos.	Fazendo o mesmo que para -5 ou acima. Incentivando você a contar com o apoio da sua ou do seu profissional. Solicitando uma enfermeira de apoio que possa ajudar no parto natural. Planejando e ensaiando maneiras de passar por períodos dolorosos ou desanimadores no trabalho de parto. Pré-organizando um plano (por exemplo, um código para ser usado em último caso) para informar se você já chegou no seu limite e deseja medicação.
-9	Quero que a medicação seja negada pela minha equipe de apoio e auxiliares, mesmo que eu implore.	Explorando as razões de seus sentimentos. Ajudando-a a ver que elas não podem negar a medicação a você. Prometendo ajudá-la em tudo, mas deixando a decisão final para você.
-10	Não quero medicação, nem para uma cesárea. (Um extremo impossível)	Fazendo o mesmo que para -9 ou acima. Ajudando você a obter uma compreensão realista dos riscos e benefícios dos medicamentos para a dor.

Suas escolhas da maternidade e da/do médica/o podem determinar as opções para o gerenciamento da dor que lhe serão oferecidas. Para mais informações, consulte *Escolhendo profissionais de saúde*, mais acima neste mesmo capítulo. Para mais informações sobre estratégias específicas de enfrentamento e métodos de alívio da dor, consulte *Lidando com a dor*, no capítulo seguinte.

PLANEJAMENTO COM CONFIANÇA, CONHECIMENTO E FLEXIBILIDADE

Aprender sobre nossas opções para lidar com o trabalho de parto e trabalhar com uma equipe de apoio experiente pode nos ajudar a sentir menos ansiedade ao antecipar o parto. Podemos tomar decisões informadas sobre as abordagens que preferimos, reconhecendo que podemos precisar fazer alterações ao longo do trabalho de parto.

Eu estava com medo da dor. Queria evitar intervenções, se possível, mas também queria que meus limites fossem respeitados. Queria ter uma médica, porque acreditava que sua filosofia de nascimento, técnicas e apoio contínuo me ajudariam a conseguir o tipo de parto que eu queria. Mas eu precisava saber que, se meu trabalho de parto fosse realmente difícil ou duradouro, ou se eu estivesse totalmente exausta, ela me apoiaria e me daria uma peridural.

A primeira profissional de saúde que entrevistei quando estava grávida não pareceu ouvir meus medos; ela apenas disse que os corpos das mulheres foram projetados para dar à luz e que meu corpo faria isso também. A segunda, a que escolhi, foi mais tranquilizadora: ela disse que conhecia muitas técnicas não medicamentosas para me ajudar a lidar com a dor, mas que estava comprometida em me ajudar a ter um bom parto, o que quer que isso significasse para mim. Ela disse que houve momentos em que as peridurais foram extremamente úteis. No final, eu não precisei usá-la, mas saber que era uma opção e saber que minha parteira não me veria como um fracasso se eu recorresse a ela pode ter contribuído para eu não ter precisado da peridural!

PREPARAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO

O leite materno é o melhor alimento para bebês, pois fornece todos os nutrientes que precisam para crescer, além de anticorpos que protegem contra infecções. A amamentação também oferece inúmeros benefícios à saúde. Independentemente de você estar indecisa sobre a amamentação ou comprometida com ela, reserve um tempo para conversar com parteiras, educadoras sobre o parto e outras mães e também para ler os livros disponíveis durante sua gestação. Ter planos e um bom apoio antes de dar à luz pode facilitar muito.

É importante saber que algumas mulheres, como as portadoras do vírus HIV ou HTLV, não podem amamentar, pois o vírus pode ser transmitido para a criança durante a amamentação. Conforme previsto na “Caderneta da Gestante”, de 2016, essas mulheres têm o direito de receber gratuitamente, pelo SUS, uma fórmula infantil para alimentar sua bebê.

VOCÊ ESTÁ PRONTA PARA O PARTO!

A transição para a maternidade pode ser desafiadora, tanto física quanto emocionalmente. Aprender o máximo que puder e ouvir as histórias de outras mulheres fornecerá informações e inspiração para enfrentar os desafios da gestação e do parto com mais confiança. Uma mulher planejando um parto em casa disse:

Minha mãe me teve em casa. A mãe dela deu à luz cinco filhos e considerou seus partos seus melhores e mais fortes momentos. Sei que posso dar à luz e que isso é um trabalho árduo, mas confio no meu corpo. À noite, fico quieta, fecho os olhos, respiro profundamente e me imagino me abrindo... Meu parto será único.

NOTAS

1. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
2. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/> e Ministério da Saúde. *Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteias Tradicionais*, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteias.pdf.
3. Rosamaria Giatti Carneiro, “Em casa é mais seguro”. In: Luiz Antônio Teixeira et al, *Medicalização do parto: saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec, 2021.
4. Rosamaria Giatti Carneiro. *Cenas de partos e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Resolução Normativa nº 368, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>.
6. Luciana Carvalho Fonseca, *Eu não quero (outra) cesárea: ideologia, relações de poder e empoderamento feminino nos relatos de parto após cesárea*, Ema Livros, 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/40836989/Eu_n%C3%A3o_quero_outra_ces%C3%A1rea_Ideologia_rela%C3%A7%C3%B5es_de_poder_e_empoderamento_feminino_nos_relatos_de_parto_ap%C3%B3s_ces%C3%A1rea
7. Thaís P. Cursino e Miria Benincasa, Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional, *Ciênc. saúde coletiva* 25 (4), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
8. A síndrome de HELLP ocorre quando há diminuição da quantidade de plaquetas no sangue, aumento das enzimas do fígado e destruição das hemácias, que podem surgir durante a gestação e tem como sintomas mal-estar geral, náuseas, vômitos, dor de cabeça e/ou dor do lado direito na parte superior da barriga.
9. Pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito epidemiológico sobre parto e nascimento”, 2014.
10. Fundação Oswaldo Cruz, *Principais questões sobre parto vaginal após cesariana*, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-parto-vaginal-apos-cesariana-pvac-vbac/>.

11. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Natural*, 2017. Disponível em: <http://conitec.gov.br/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal-irao-orientar-a-pratica-profissional-e-informar-as-mulheres-sobre-as-melhores-praticas-do-cuidado>.
12. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/plano-de-parto/#>.
13. Usada com a permissão de Penny Simkin e *Childbirth graphics*.

TRABALHO DE PARTO, PARTO, NASCIMENTO E PÓS-PARTO

AS EXPERIÊNCIAS com o trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto variam muito de mulher para mulher, assim como de um parto para o outro, caso você deseje ter outra ou outro(s) bebê(s). Seu trabalho de parto e parto serão únicos, influenciados por muitos fatores, entre eles: a saúde da criança e o posicionamento dela intraútero; seu histórico e condição de saúde; suas expectativas e sentimentos; as pessoas que a apoiam e as profissionais que te atendem; e o lugar em que você escolheu parir.

Mas, apesar das variações, há um tema comum: o fluxo natural do trabalho de parto, parto e nascimento. Esse processo envolve a interação entre você e a criança nas diferentes fases. Durante a gravidez, além de manter o próprio funcionamento sob nova circunstância, o seu corpo também formou, acomodou e protegeu sua ou seu bebê. Agora, sob a influência dos hormônios que você e a criança liberam, entre outras coisas, o seu corpo vai relaxar, abrir e dar passagem para que ela nasça. De modo geral, sob um ponto de vista reducionista, a progressão do parto se dá desde as contrações (que ficam mais frequentes e intensas à medida que o trabalho de parto avança), compreendendo também as alterações do colo do útero (o posicionamento, o amolecimento/amadurecimento e a abertura/dilatação), até a descida e rotação da sua ou seu bebê para nascer, além da saída da placenta e das primeiras horas pós-parto. Sob um ponto de vista mais amplo, tenha em mente que o seu corpo como um todo, mente e espírito estão envolvidos na progressão do parto.

SOBRE ESTE CAPÍTULO

Este capítulo¹ enfatiza o trabalho de parto fisiológico e as escolhas de cuidados e intervenções que podem ajudar as mulheres a terem experiências de parto seguras e positivas. Infelizmente, pouquíssimas mulheres nos Estados Unidos têm boas experiências de parto. Uma pesquisa com mulheres que deram à luz em hospitais estadunidenses em 2005 apontou, por exemplo, que a maioria delas foi submetida a intervenções desnecessárias, não se movimentou durante o trabalho de parto ativo e deu à luz em posição litotômica (deitada, com a barriga para cima e as pernas apoia-

das em um suporte); também, cerca da metade das crianças passou a primeira hora após o nascimento com a equipe do hospital, geralmente, para cuidados de rotina.

Assim como nos Estados Unidos, a pesquisa “Nascer no Brasil” mostrou que, em nosso país, além de as cesáreas serem realizadas excessivamente, a assistência hospitalar às mulheres durante o trabalho de parto e parto vaginal ainda é pautada em intervenções muitas vezes desnecessárias, dolorosas e potencialmente danosas. Estimou-se que, entre os anos de 2011 e 2012, apenas 5% das brasileiras tiveram partos vaginais espontâneos, ou seja, sem nenhum tipo de intervenção. Essa proporção foi ainda menor entre as mulheres que tiveram a primeira bebê por parto vaginal (3,2%). Punção de veia (73,8%), infusão de ocitocina (um medicamento capaz de aumentar as contrações – 38,2%), realização de amniotomia para acelerar o trabalho de parto (procedimento realizado para romper a bolsa artificialmente – 40,7%), posição litotômica para o parto (deitada de barriga para cima – 91,7%), manobra de Kristeller (pressão realizada na barriga – 37,3%) e episiotomia (corte realizado na vagina – 56,1%) foram frequentes até mesmo entre as mulheres de baixo risco/risco habitual.² Além disso, no Brasil, a experiência do parto e nascimento também é atravessada por situações configuradas como violência obstétrica³ (formas de agressão e maltrato – violência física, verbal ou sexual, discriminação e negligência, negação de privacidade, confidencialidade e cuidado – que mulheres e pessoas gestantes sofrem nas mãos de profissionais durante a gravidez, o parto e o pós-parto).⁴ Outra pesquisa mostrou que cerca de 25% das brasileiras sofreram alguma violência durante o atendimento ao parto, exemplificada por situações como: exame de toque vaginal doloroso, falta de algum método de alívio da dor, gritos, xingamentos ou humilhação, negação de informação sobre algum procedimento ou negação de atendimento.

Para mulheres com condições de saúde crônicas, complicações na gravidez ou que têm um trabalho de parto que requer cuidados mais complexos, as intervenções podem salvar vidas. No entanto, muitas intervenções usadas rotineiramente durante o trabalho de parto, parto e nascimento são desnecessárias e podem até causar danos, a curto e longo prazo, às mulheres e bebês. Por isso, precisamos assumir uma postura que ajude na redução da interferência desnecessária e rotineira no parto e nascimento fisiológicos, ao mesmo tempo que devemos reconhecer que algumas mulheres e bebês se beneficiarão de determinadas intervenções para terem experiências de parto e nascimento seguras e positivas.

As mulheres com gravidezes complicadas ou de alto risco devem ter acesso a tratamentos eficazes e em tempo oportuno, sem perder o apoio emocional, o conforto físico e o respeito do direito de fazerem escolhas informadas.

Dar à luz foi uma mudança de vida para mim e para muitas das mulheres que assisti como parteira. Num mundo em que muitas vezes podemos nos sentir ineficazes e pessimistas, ter o poder de escolha durante o trabalho de parto e parto pode transformar o nosso autoconhecimento. Nós nos sentimos fortes, poderosas, resilientes e capazes. Nós encontramos forças internas talvez antes desconhecidas e ficamos maravilhadas com o que somos capazes de realizar. Uma vez que nos tornamos conscientes de quão poderosas podemos ser no parto, somos capazes de recorrer a isso ao longo de nossas vidas, em todos os tipos de situações.

(...) Não foi fácil, não é fácil. Não deveria ser assim, mas é... nadar contra a maré... tentar se manter firme diante de um sistema medicalizado hegemônico... não é fácil. Mas, é possível... é preciso ter perseverança e buscar profissionais que possam te ajudar a tornar realidade o seu plano de parto,⁵ independentemente do desfecho de sua gestação... mesmo que seu plano de parto não esteja escrito no papel.

Relato de uma parteira estadunidense

COMO REDUZIR SUAS CHANCES DE SER SUBMETIDA A UMA CESÁREA

Nos Estados Unidos, em 2011, cerca de uma em cada três mulheres foi submetida a uma cesárea. Já no Brasil, em 2018, o mesmo ocorreu com cerca de 56% das mulheres.⁶ Mesmo que mulheres e bebês passem bem após a cirurgia, sabemos que a cesárea envolve mais riscos do que o parto vaginal espontâneo (parto que não envolve o uso de fórceps ou vácuo extrator), sobretudo antes do trabalho de parto começar espontaneamente e, também, quando não há indicação para a cirurgia.

As dicas a seguir podem ajudar a reduzir suas chances de ter uma cesárea:

- Se estiver coberta pelo setor de saúde suplementar (convênio, seguro ou desembolso direto), escolha uma equipe habilitada ou uma instituição que siga o modelo de cuidado mais centrado nas mulheres, que respeita a fisiologia do parto e nascimento, e promove meios para que você tenha uma experiência de parto positiva e segura. No Brasil, médicas e médicos obstetras ou da comunidade e da família, enfermeiras obstetras e obstetras estão, de modo geral, habilitadas para assistir as mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério. No entanto, segundo a complexidade do caso, obstetras e enfermeiras obstetras têm a autonomia garantida com relação à assistência oferecida às mulheres de baixo risco/risco habitual.⁷ Consequentemente, mulheres de alto risco ficam sob a responsabilidade de profissionais médicas, o que não invalida oferecer a elas uma assistência compartilhada

entre médica ou médico e obstetrix ou enfermeira obstetra, tendo em vista os benefícios associados a esse modelo de cuidado. Se você está saudável e não teve complicações em sua gravidez, considere um parto domiciliar planejado, em uma casa de parto ou em centro de parto normal normal.

- No Brasil, toda mulher considerada de baixo risco/risco habitual tem o direito de escolha sobre o local de parto, seja em hospital, casa de parto ou domicílio. Mulheres que escolhem parir em casa devem procurar uma equipe de profissionais habilitadas nesse tipo de assistência. Infelizmente, até o momento, isso não é oferecido pelo sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS), com exceção do hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte (Minas Gerais), que oferece esse tipo de assistência. Todavia, no SUS, há opções de casas de parto e centros de parto normal. Conheça a taxa de cesárea da equipe médica ou do hospital que você escolheu; esse dado deve estar disponível tanto no setor privado de saúde quanto no SUS. Se essa taxa for superior a 15%, isso provavelmente indica que são realizadas cesáreas desnecessárias, isto é, em mulheres que poderiam ter um parto vaginal com segurança.
- Seja proativa em relação ao seu corpo, à sua saúde física e mental. Comer bem e fazer exercícios regularmente pode reduzir o risco de complicações que, muitas vezes, levam à cesárea. Além disso, procure informação de qualidade, pois isso ajudará você a fazer escolhas e tomar decisões.
- Não induza o trabalho de parto, a menos que haja uma necessidade real.
- Não vá ao hospital até que esteja em trabalho de parto ativo. Se você for para o hospital e ainda não tiver com cinco centímetros de dilatação, considere voltar para casa ou caminhar nas proximidades da instituição. Desconsidere essa recomendação caso apresente algum sinal de alerta: bebê que não está se movimentando, sangramento vaginal, dor abdominal intensa, dor de cabeça intensa, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago intensa, febre, calafrios etc. Esses sinais sugerem que você procure assistência o mais rápido possível.
- Tenha o apoio contínuo da pessoa que confia na sua capacidade de dar à luz e que está ciente das suas preferências e escolhas. Pode ser a pessoa que é sua companheira, sua mãe, uma amiga ou amigo, uma doula voluntária ou contratada – doulas são profissionais que oferecem suporte emocional e físico às mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto.
- Evite intervenções de rotina durante o trabalho de parto, especialmente monitoramento eletrônico contínuo fetal (cardiotocografia), uso de ocitocina etc., a menos que haja uma necessidade real.
- Resista a qualquer pressão para ter uma cesárea se não houver uma indicação pertinente.

A minha primeira gestação foi acompanhada por um ginecologista/obstetra da rede particular de saúde. (...) O médico já era muito conhecido da família e tudo parecia tranquilo e confortável para mim. Entretanto, eu já conhecia o seu histórico de médico cesarista e isso me incomodava. (...) Por volta da 30ª semana de gestação, eu decidi conversar com o médico a respeito do parto, já que ele nunca tocava nesse assunto. Eu estava preparada para falar sobre o que eu havia lido e esperava me sentir segura após a conversa. Mesmo sabendo que ele não era partidário de um parto natural, pensei que ele respeitaria minha vontade. A conversa foi curta. Assim que eu demonstrei minha vontade, ele disse que eu era jovem e que vivia no século XXI... Parto natural era coisa para quem mora na selva e eu não precisava passar por aquela situação (...) Para mim foi um balde de água fria na cabeça. Sem experiência e sem apoio para me sentir segura, eu abri mão do parto natural. Em fevereiro de 2014, às 38 semanas de gestação, meu filho nasceu lindo e saudável, mas sem ter dado nenhum sinal de que viria ao mundo naquele dia agendado pelo médico. Após ter passado por todos os procedimentos, fiquei em uma sala fria, esperando a anestesia passar, junto com outras pessoas que tinham passado por cirurgias em diferentes partes do corpo. Só depois de várias horas eu consegui pegar meu filho e amamentá-lo. O arrependimento por ter me deixado levar pela conversa do médico veio mais tarde e eu prometi para mim mesma que da próxima vez não seria assim. Três anos mais tarde, quando soube que estava grávida novamente, logo procurei uma UBS perto da minha casa. Os profissionais da saúde que me atenderam foram muito atenciosos em todas as consultas e eu tive o acompanhamento de nutricionista e dentista, além de ter acesso aos complementos vitamínicos/medicamentos necessários que o SUS disponibiliza para as gestantes. Em um determinado momento da gestação, fui convidada a conhecer a maternidade de minha cidade e a assistir a uma palestra sobre o trabalho de parto e o parto. O acompanhamento recebido ao longo da gestação e essa palestra oferecida por enfermeiras obstetras e obstetras do SUS foram fundamentais para que eu me sentisse segura e tivesse a certeza de que, naquele momento, eu estava no lugar certo e com as pessoas certas. Novamente em fevereiro, mas de 2018, como se eu estivesse realizando um sonho que não consegui quatro anos antes, a minha bebê deu o primeiro sinal de que ia nascer no dia em que completava 40 semanas de gestação. Acordei com uma contração e a bolsa rompeu quando fui ao banheiro. Assim que pude, fui para a maternidade na companhia do meu marido, e a médica que me examinou disse que eu estava com nove centímetros de dilatação. Entre o início do trabalho de parto e o nascimento, passaram-se duas horas e meia apenas. Confesso que, apesar das dores da contração, eu curti cada minuto daquele momento. Um momento só meu e da minha bebê, e ninguém interferiu nisso, nem meu marido, nem os profis-

sionais que estavam lá para me ajudar, caso eu precisasse. Antes mesmo de o meu marido cortar o cordão umbilical, eu peguei minha bebê e coloquei-a no meu peito, como eu sempre quis fazer.

Relato de uma brasileira

Ser mãe estava no meu imaginário e já tinha preferência pelo parto normal, mas achava que bastava avisar o médico sobre meu desejo. Fiz o pré-natal numa clínica da faculdade e, no final, o médico disse que dificilmente minha bebê nasceria de parto normal, porque era grande demais, não estava encaixada e, se eu quisesse que fosse com ele, poderíamos marcar a cesárea particular. Com medo, contrariada e sem saber pra onde correr, eu fui para uma cesárea eletiva em abril de 2003. Não tive direito a acompanhante, era um ambiente frio. Fiquei com os braços amarrados e vi minha filha rapidamente. Logo falaram o peso e tamanho dela, era pequena – a menor do berçário, reforçou uma enfermeira. Ali, percebi que tinha sido enganada. (...) Passei anos acreditando que, uma vez cesárea, sempre cesárea. Sendo assim, eu dizia que não engravidaria novamente. Os anos foram passando e conheci o parto humanizado, um mundo paralelo. Descobri doulas, grupos de apoio, mulheres que enfrentavam o sistema obstétrico e lutavam por um parto o mais natural possível, sem intervenções de rotinas e sem violência obstétrica. Fiquei revoltada quando entendi o que tinha acontecido comigo e continua acontecendo com tantas outras pessoas. Se antes eu ficaria satisfeita com um parto tradicional e cheio de intervenções, depois de estudar muito, passei a desejar novamente um parto normal, mas agora com assistência humanizada, em que eu seria a protagonista dessa história, e, com onze anos de diferença, uma nova gravidez aconteceu. Nessa altura eu já planejava um parto domiciliar, não conseguia me imaginar num ambiente hospitalar.

Relato de uma brasileira

SINAIS DO TRABALHO DE PARTO QUE SE APROXIMA: OS PRÓDROMOS

O trabalho de parto continua o processo iniciado na concepção e seguido pela gestação. Pouco antes de começar, corpo e bebê já começam a se preparar. As articulações da sua pelve/bacia relaxam e “abrem”, os ligamentos amolecem cada vez mais e a criança pode descer um pouco mais. Quase ao final da gravidez – para algumas mulheres, ainda mais cedo –, você pode, ocasionalmente, sentir um aperto indolor

em seu útero: são as contrações de treinamento (ou as contrações de Braxton Hicks). Você também pode sentir uma pressão maior na pelve e na bexiga à medida que a bebê desce.

Pode-se notar que as emoções estão mais à flor da pele e que o interesse por algo não relacionado com o nascimento diminui. Sua bebê também está se preparando e respondendo aos hormônios, tudo isso para oferecer recursos para passar pelo trabalho de parto e parto. Outros sinais de aproximação do trabalho de parto podem incluir fezes moles, perda de muco pela vagina (ou tampão mucoso – secreção transparente ou esbranquiçada, que pode ter traços discretos de sangue) ou câibras. A maioria desses sinais não são específicos o suficiente para serem óbvios, e algumas mulheres não os experimentam, mas, em retrospectiva, você pode reconhecer sinais de que seu corpo e mente estavam se preparando para o trabalho de parto e você nem se deu conta.

QUANDO O TRABALHO DE PARTO INICIA E O QUE O FAZ COMEÇAR?

Ninguém pode prever ou determinar exatamente quando o trabalho de parto vai começar. O tamanho e a maturidade da bebê, bem como múltiplas mudanças hormonais e placentárias, afetam o início do trabalho de parto, mas os mecanismos biológicos que fazem o trabalho de parto começar ainda não são bem compreendidos. O consenso é que quando a/o bebê atinge o termo, o que acontece a partir de 37 a 41 semanas e seis dias de gestação, isso pode acontecer.⁸

QUANDO PROCURAR ATENDIMENTO

Você e a profissional que está te atendendo durante o pré-natal devem discutir sobre os sinais de alerta que indicam quando procurar atendimento para o parto. Recomendações específicas serão baseadas em sua saúde, de quanto tempo você está grávida, se é sua primeira filha ou filho, ou não. Em geral, você deve entrar em contato ou procurar um profissional de saúde se:

- Estiver sentindo dores fortes (dor de cabeça intensa, dor no estômago intensa, dor abdominal intensa etc.) ou tendo outros sinais, como: bebê que não está se movimentando, ver pontinhos pretos ou brilhantes, febre, calafrios, entre outros.
- Tiver um sangramento volumoso como uma menstruação ou vermelho vivo e abundante.
- Achar que o seu trabalho de parto começou e você está com menos de 37 semanas de gestação;
- Estourar sua bolsa (ruptura de membranas), sobretudo quando o líquido for esverdeado, amarelado ou sanguinolento, ou se houver suspeita de que a bolsa estourou. Lembre-se de que o aspecto normal do líquido amniótico é transparente, com um odor semelhante à água sanitária.

- Tiver contrações fortes e dolorosas, que dificultam a fala, e que vão ficando cada vez mais dolorosas e mais próximas uma da outra.
- Tiver qualquer pergunta ou preocupação.

Se você está planejando dar à luz em um hospital e não há nenhum sinal de alerta, espere até que esteja em trabalho de parto ativo. Isso pode ajudá-la a evitar uma cascata de intervenções desnecessárias, típicas da internação precoce, que podem levá-la a uma cesárea ou a outros desfechos evitáveis e indesejáveis.

Durante a minha gravidez, eu sempre tentei dar uma volta após o almoço. Quanto maior era minha barriga, mais curtas as minhas caminhadas se tornavam, e, pensando agora, elas também se tornavam mais focadas. Nos dias que antecederam o nascimento da minha filha, fui a uma livraria local que sempre tinha livros de receitas à venda. A comida e a culinária da Tailândia; o livro completo de culinária espanhola; receitas de uma panela só; comida e culinária russa, alemã e polaca – eu simplesmente tinha que ter todos eles. Esses livros são, agora, carinhosamente conhecidos como a minha “coleção de ninho”.

Relato de uma estadunidense

Não senti passar muito o tempo... aliás... o tempo, com suas horas, minutos e segundos, se tornou insignificante nesse processo... os ponteiros não correm do mesmo jeito na partolândia... por isso, o melhor é esquecer o tempo, o relógio, os números em geral, e se entregar à fisiologia do corpo... viver a experiência.

Relato de uma brasileira que chegou à consulta achando que voltaria para casa e acabou sendo admitida à Casa de Parto por estar em trabalho de parto ativo

SE SUA BOLSA ESTOURAR ANTES DO TRABALHO DE PARTO

A bolsa contendo o líquido amniótico que envolve a/o bebê geralmente rompe pouco antes das contrações começarem, durante o trabalho de parto ou no nascimento. Há casos mais raros em que a bolsa contendo o líquido amniótico não se rompe e as crianças nascem dentro dela: são chamados nascimentos empelicados. O aspecto normal do líquido amniótico é transparente, com um odor semelhante ao de água sanitária. Em uma pequena porcentagem de mulheres, no entanto, a bolsa pode estourar muitas horas ou dias antes do trabalho de parto começar, o que faz com que o líquido amniótico vaze antes das contrações começarem. Você pode sentir um grande jato de líquido, seguido de vazamento contínuo. Se houver uma rotura/ruptura alta de membranas, isto é, se a bolsa estourar na porção superior, o líquido

amniótico pode sair lentamente. Um vazamento lento pode ser confundido com perda de urina ou com o corrimento de muco pela vagina.

Quando sua bolsa estourar ou se você achar que está perdendo líquido amniótico, procure um serviço de saúde ou entre em contato com médica ou médico, obstetritz ou enfermeira obstetra. A profissional que estiver atendendo você ou que estiver de plantão na instituição provavelmente irá pedir para vê-la pessoalmente, com a intenção de confirmar a rotura da bolsa, checar você e a criança e excluir qualquer suspeita de infecção urinária (uma das principais causas de rotura prematura de membranas). Nesse momento, poderá acontecer uma conversa sobre prós e contras de esperar pelo trabalho de parto espontâneo *versus* induzir o trabalho de parto. Independentemente da conduta, com a intenção de evitar infecção, espera-se que os exames de toque vaginal sejam feitos em casos de extrema necessidade e sob a condição de que sejam usadas luvas estéreis para realizar o exame.

Profissionais de saúde têm opiniões diferentes sobre quanto tempo esperar pelo trabalho de parto espontâneo após a rotura/ruptura da bolsa em condições maternas e fetais favoráveis. O Colégio Estadunidense de Enfermeiras Obstétricas (*American College of Nurse-Midwives – ACNM*) diz que esperar o trabalho de parto começar por conta própria é uma opção segura, a menos que haja sinais ou fatores de risco de infecção e desde que a mulher e a bebê estejam saudáveis. Com essa abordagem, oito em cada dez mulheres começarão o trabalho de parto naturalmente dentro de vinte e quatro horas. Em contraste, o Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (*American Congress of Obstetricians and Gynecologists – ACOG*), diante da conformação de rotura/ruptura de membranas, diz que a indução dependerá, inicialmente, da idade gestacional. Em gestações a termo (37 semanas ou mais), recomenda-se a indução do trabalho de parto. No entanto, esse colégio de especialistas menciona que essa recomendação não está fundamentada por estudos científicos consistentes.⁹

Era 4 de julho e, enquanto tomava o café da manhã, disse ao meu marido: “acho que não vamos ter uma bebê da independência”. Eu me sentia tão normal... Eu tinha tido contrações de Braxton Hicks por algumas semanas e um pouco de indigestão leve na noite anterior, mas tudo parecia ser algo esperado na gravidez, e pensei que, mesmo se comesse a ter os primeiros sinais do trabalho de parto, ainda teria um longo caminho pela frente. Mal sabia eu que a bebê estaria nos meus braços às quatro horas da tarde!

Relato de uma estadunidense sobre o nascimento da filha
no dia da Independência dos Estados Unidos

Entrei em trabalho de parto espontâneo na madrugada, durante uma tempestade. As minhas contrações começaram a me acordar às duas da manhã, por isso saí da cama e comecei a limpar... Organizei um pouco o apartamento por um tempo e, depois, tomei um banho maravilhoso na nossa banheira. Hidratei bastante o meu cabelo e raspei cuidadosamente as minhas pernas, sabendo que poderia não ter o luxo de fazer essas coisas nas semanas movimentadas que viriam. Disse ao meu parceiro, por volta das quatro da manhã, que ia começar o trabalho de parto. Nós nos aconchegamos na cama e ele pôs um dos meus filmes favoritos. Eu o segurei bem firme durante minhas contrações, que ainda não estavam tão próximas. Liguei para uma amiga mais próxima e querida, que mora a três horas de distância. Ela era uma das pessoas da minha equipe de apoio ao trabalho de parto e veio imediatamente me ajudar.

Relato de uma estadunidense

Veja abaixo um quadro com as fases do trabalho de parto e o que esperar de cada uma delas:

Fases do trabalho de parto				
Etapa/ Fase	Quanto tempo normalmente dura?	Qual será a dilatação do meu colo do útero?	Como serão as minhas contrações?	O que mais pode estar acontecendo?
Aquecimento para o trabalho de parto (pródromos)	Intermitente, por dias ou semanas	Incerto	Variam muito em duração e intensidade.	Perda de muco pela vagina ou saída do tampão mucoso, dor nas costas. É difícil dizer quando se passa desta fase para a fase latente do trabalho de parto.
Fase 1: fase latente	De algumas horas a um dia ou mais	De zero a quatro centímetros	Varia muito. Geralmente, curtas (cerca de 30 a 60 segundos), com espaçamento relativamente grande (com intervalo em torno de 5 a 20 minutos ou mais). Você pode ser capaz de ignorar ou se distrair delas.	Perda de muco pela vagina (rajado ou não de sangue), dor nas costas.

Fase ativa	Entre 2 e 10 horas	De 5 a 7 ou 8 centímetros	Dura cerca de um minuto ou mais, espaçadas regularmente.	Você pode se sentir cansada ou desencorajada, se perguntando se vai conseguir. Pressão na parte inferior das costas, necessidade frequente de mudar de posição.
Fase de transição	Algumas contrações a cada uma a duas horas	De 7 ou 8 centímetros à dilatação total (10 centímetros)	Ocorre aproximadamente a cada dois minutos e dura pelo menos 60 segundos, então você pode ter pequenos descansos entre as contrações.	Emoções e sensações físicas intensas. Você pode se sentir inquieta, irritada e exausta. Tremores, náuseas e vômitos são comuns pouco antes do colo do útero ficar completamente dilatado. É provável que a bolsa estoure, se ainda não estourou.
Fase 2: empurrar/puxos involuntários, expulsiva/dar à luz/parir	Algumas contrações a cada três horas ou mais	Dilatação completa (10 centímetros)	Contrações vigorosas a cada três minutos. (Algumas mulheres experimentam uma pausa nas contrações por 10-25 minutos, uma vez que o colo do útero está totalmente dilatado, antes de sentir a necessidade de empurrar, de fazer puxos).	A dor diminui e você consegue descansar por um breve tempo antes que a necessidade de empurrar se torne incontrolável. Você também pode se tornar mais lúcida e com mais energia. À medida que a/o bebê desce, você vai sentir uma forte pressão na vagina e no reto, resultando em uma forte necessidade de empurrar. Sensação de ardor e queimação à medida que a/o bebê vai coroadando/nascendo.
Fase 3: dequitação/nascimento da placenta	Pode durar até 30 minutos ou mais, geralmente termina em 10 minutos ou menos		Sem contrações, de uma a várias cólicas fortes.	A/o profissional que está te atendendo pode massagear o útero para fazê-lo contrair e reduzir sangramento.
Fase 4: Pós-parto imediato	Primeiras quatro horas após o parto		Cólicas leves ou moderadas enquanto o útero se contrai.	Sangramento vaginal (loquiação) que pode durar de duas a quatro semanas. O útero vai contrair para evitar hemorragia. Inchaço e desconforto no períneo. Pernas trêmulas.

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO E FASE LATENTE

A fase latente do trabalho de parto pode ser sentida por você da mesma forma que nos pródromos, mas, durante essa fase, o seu colo do útero vai se abrir (dilatar) até quatro centímetros e, geralmente, vai afinar (esvaecer). As contrações serão curtas e relativamente espaçadas (de cinco a vinte minutos de intervalo, ou mais). Durante a fase latente, as contrações vão se tornar mais longas, mais dolorosas e mais regulares. Ainda não é hora de ir a um hospital ou a uma maternidade. No entanto, a maioria das mulheres nessa fase quer algum tipo de cuidado, como a presença tranquilizadora de uma pessoa próxima ou de uma doula ou outra profissional. Algumas mulheres dizem que essa fase do trabalho de parto é a mais difícil psicologicamente. De acordo com uma parteira estadunidense:

É como começar uma trilha e ninguém te contar quanto tempo vai durar. O caminho tem muitas colinas sinuosas e em ziguezague, e você não sabe para onde está indo ou quanto tempo vai demorar para chegar lá, mas você continua indo. Mais tarde, pode ficar fisicamente mais difícil, mas, pelo menos, você consegue ver o fim, o pico da montanha, e você pode seguir em frente.

Às vezes, as contrações aumentam gradualmente, começando com qualquer um dos sinais mencionados acima, como cólicas menstruais que evoluem para contrações mais fortes com o passar das horas, às vezes, até dias. No outro extremo, o trabalho de parto pode começar abruptamente, com contrações regulares, mais fortes e com um intervalo de até cinco minutos entre uma contração e outra, fazendo com que você pare tudo o que está fazendo e se concentre nisso.

Cada uma responde de uma forma diferente ao início do trabalho de parto. Caminhar, tomar uma ducha, tomar longos banhos de banheira ou se aconchegar com os entes queridos pode relaxá-la e ajudar o progresso do trabalho de parto. Essas primeiras horas podem ser deliciosas, enquanto você se deita com alguém ou se senta sozinha, com a bebê ainda dentro de você no silêncio de sua casa. É importante que você continue se alimentando para se preparar para o trabalho que se aproxima. E o sono é crucial pela mesma razão, particularmente se é sua primeira filha ou filho, caso em que o trabalho de parto pode ser mais longo. Algumas mulheres se sentem muito agitadas ou apreensivas para dormir. Tente poupar sua energia para o trabalho de parto ativo. Não se preocupe se as contrações diminuírem quando você se deitar para descansar, ainda é cedo. Se você realmente não se sente à vontade descansando, passar o tempo com pessoas amigas e família pode ser uma boa distração, mas pense

bem se você não preferiria descansar. Se você começar a se sentir super vigiada, peça para ficar sozinha por algum tempo.

Quando fomos dar uma volta, acabamos encontrando amigos. “O que você está fazendo em pé? Pensei que você estava em trabalho de parto”. Foi divertido mudar a imagem que as pessoas têm de uma mulher em trabalho de parto.

Relato de uma estadunidense

O AVANÇO DO TRABALHO DE PARTO (FASE ATIVA)

Para muitas mulheres que são mães de primeira viagem, pode levar um dia ou mais para chegar a cerca de cinco centímetros de dilatação, o que sinaliza a entrada na fase ativa do trabalho de parto. Quando você sentir dores, como ondas regulares, contrações rítmicas que duram de 45 a 60 segundos e que são tão intensas a ponto de impedir de falar ou andar, você provavelmente estará em trabalho de parto ativo. As contrações podem começar em suas costas, você pode senti-las apenas na frente ou pode senti-las tanto na parte de trás quanto na da frente. Pode parecer até difícil tocar o seu útero. Sua bolsa pode estourar a qualquer momento antes ou durante o trabalho de parto. Algumas mulheres perceberão que a bolsa se rompeu antes do trabalho de parto ou ainda na fase inicial dele. Se você começar o trabalho de parto ativo e sua bolsa ainda não tiver estourado, ela provavelmente irá estourar durante a fase de transição ou enquanto estiver empurrando/tendo puxos involuntários.

Embora você possa ter ouvido que o trabalho de parto vai ficar cada vez mais doloroso à medida que avança, isso não é necessariamente verdade. Algumas mulheres dizem que a fase ativa do trabalho de parto foi a mais dolorosa, outras dizem que foi a fase de transição, outras, ainda, consideram a fase de empurrar como a mais dolorosa. Em geral, as mulheres sentem mais dor durante os períodos em que o colo do útero está dilatando de modo acelerado ou quando a/o bebê está descendo rapidamente. Esses eventos podem acontecer em diferentes fases do trabalho de parto e podem variar de mulher para mulher.

Passei a maior parte da noite em trabalho de parto sozinha no escuro, como uma gata. Foi maravilhoso. Não é fácil – é trabalho duro; é por isso que se chama trabalho de parto. Foi intenso. Não é doloroso – não posso chamar isso de doloroso. Mas é... inevitável. Não dá para escapar. É incontrolável. Você não pode fugir.

Relato de uma estadunidense

Se você desejar, esse é o momento de reunir as pessoas que a apoiam, de ligar para sua parteira se você estiver tendo bebê em casa ou com uma equipe particular, ou de se preparar para ir à maternidade. Se você não sabe ao certo se já está em trabalho de parto ativo, uma profissional pode ajudá-la a ter certeza. Uma consulta telefônica cuidadosa, uma visita em casa ou uma visita no consultório ou hospital pode ajudar a determinar o seu avanço. Ficar em casa ou em outro ambiente familiar e confortável até que o trabalho de parto ativo esteja bem estabelecido (desde que não haja sinais de alerta como: bebê que não está se movimentando, sangramento vaginal, dor abdominal intensa, dor de cabeça intensa, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago intensa, febre, calafrios etc.). Essa é uma estratégia importante para reduzir suas chances de intervenções, infelizmente típicas de uma internação precoce. Estudos mostram que dar entrada em um hospital em trabalho de parto precoce aumenta as chances de receber medicamentos para acelerar o seu trabalho de parto ou até mesmo de ter uma cesárea. Percursos longos feitos até a maternidade podem ser um desafio durante o trabalho de parto ativo, podendo dar a sensação de que tudo parou, mas você pode recuperar o seu ritmo de antes uma vez que estiver estabelecida no ambiente escolhido para dar à luz ou em um ambiente acolhedor.

O progresso da fase ativa do trabalho de parto varia muito, tanto para as mulheres que são mães de primeira viagem quanto para as que já deram à luz antes. Em muitas maternidades, o referencial de avanço do trabalho de parto é baseado em estudos desatualizados, que mostraram taxas de dilatação média de cerca de um centímetro por hora, em mulheres com partos acelerados com medicamentos (conhecidos como “curva de Friedman”), ou que são motivados por incentivos financeiros para terminar o trabalho de parto o mais rápido possível e dar espaço para a próxima paciente dar entrada. As vertentes de cuidados mais naturais ou as que respeitam o desenrolar fisiológico do parto, assim como as evidências científicas mais atuais, mostram que o trabalho normal pode ser significativamente mais longo do que estudos anteriores sugeriam, e são comuns situações nas quais o colo do útero não dilata um centímetro por hora. Enquanto a mulher e a/o bebê estiverem bem, deve-se respeitar a fisiologia, isto é, deixar o trabalho de parto avançar por si só.

Fiquei empacada entre oito e nove centímetros durante muito tempo. Não tinha noção do tempo, exceto que foram horas. Por telefone, médica que estava me atendendo sugeriu ocitocina para acelerar as coisas, mas eu recusei. Parte da minha preocupação era que as contrações já eram tão intensas que eu sentia que, se fossem mais fortes e mais próximas, eu não seria capaz de lidar, e eu não queria fazer nada que me colocasse em risco de ter uma cesárea...

Relato de uma estadunidense

(...) No final, eu percebi que, embora fosse difícil, nunca foi mais do que eu poderia suportar, e eu estava preparada para continuar fazendo força por mais tempo, se necessário. Não tinha chegado ao fim das minhas forças. Nunca teria conseguido sem a ajuda da doula – ela vale ouro.

Relato de uma brasileira

Os últimos centímetros – a partir de oito centímetros até a dilatação completa (dez centímetros) – pode ser a fase mais dura, mais intensa do trabalho de parto, mas também é geralmente a mais curta. Nas primeiras gravidezes, esse período não dura mais do que algumas horas. A transição é quando muitas mulheres ficam desencorajadas, sentem que não chegaram à lugar nenhum e não podem continuar. O apoio de uma pessoa querida ou uma doula pode ajudá-la a descobrir forças e motivações para terminar o parto. Se você se sentir desafiada nesse momento, tenha em mente que é a reta final. O seu corpo já realizou a maior parte do trabalho difícil. Faça o que for preciso para se sentir mais confortável e para lidar com a intensidade do trabalho de parto. Quando o período de transição acabar, você sentirá uma vontade incontrollável de fazer força/empurrar: são os puxos involuntários.

INTERVENÇÕES QUE ACELERAM O TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto ativo pode terminar em horas, ou pode demorar um dia ou mais. Enquanto a mulher e a/o bebê estiverem bem, não há motivo para preocupação. As intervenções para estimular o trabalho de parto devem ser usadas apenas se reduzirem a probabilidade de um desfecho ruim.

Ruptura artificial das membranas

Se você estiver em trabalho de parto ativo com uma bolsa d'água saliente à frente da cabeça da criança e ela estiver encaixada na sua pelve/bacia, sua médica ou médico ou parteira pode recomendar a ruptura artificial das membranas para intensificar as contrações ou para acelerar um trabalho de parto prolongado. Esse procedimento, conhecido como amniotomia, é realizado durante um exame de toque vaginal usando um pequeno instrumento que se parece com uma agulha de crochê. Sabe-se que, ao romper as membranas, substâncias químicas e hormônios são liberados, estimulando as contrações. Sabe-se também que a pressão direta da cabeça da criança no colo do útero, em vez de uma bolsa d'água saliente, ajuda na progressão da dilatação. No entanto, uma revisão sistemática de literatura, que reuniu estudos de qualidade, descobriu que a amniotomia feita de maneira rotineira, ou seja, em todas as mulheres, é ineficaz na aceleração do trabalho de parto e pode aumentar a probabilidade de uma

cesárea. Nenhum dos estudos que compôs a revisão sistemática avaliou a dor, mas as mulheres relatam frequentemente um aumento dela após a ruptura das membranas. A amniotomia também pode predispor uma mulher à infecção e aumentar a chance de que o cordão umbilical seja comprimido o suficiente para reduzir temporariamente o fluxo de oxigênio para a criança.

A amniotomia é necessária se a monitorização fetal interna for realizada, algo incomum aqui no Brasil. Algumas mulheres em trabalho de parto prolongado acham que a amniotomia fornece alívio se há uma bolsa d'água grande à frente da cabeça da bebê. A maioria das bolsas se rompe espontaneamente durante os puxos espontâneos, caso isso não tenha ocorrido fora do trabalho de parto ou no início dele.

Ocitocina

Um dos usos da ocitocina sintética é acelerar o trabalho de parto. De administração intravenosa, a ocitocina é diluída em soro e mediada por um aparelho chamado bomba de infusão, que regula a velocidade de gotejamento do medicamento na veia e faz as contrações ficarem mais frequentes e intensas. A ocitocina está em uma pequena lista de medicamentos de alto alerta (medicamentos que apresentam um alto risco de causar danos quando usados de maneira indevida) identificados pelo Instituto para Práticas Seguras de Medicação (*Institute for Safe Medication Practices*), e seu uso requer monitoramento rigoroso da mulher e da bebê. A ocitocina é iniciada com uma dose baixa, aumentando aos poucos até que a mulher tenha contrações ritmadas, capazes de dilatar o colo do útero e mover a criança em direção ao canal vaginal.

As consequências negativas de se ter o trabalho de parto acelerado com ocitocina incluem ficar presa à bomba de infusão e, às vezes, ao monitor eletrônico fetal, o que pode limitar sua liberdade de movimentação. Com a ocitocina, as contrações podem atingir os picos mais rapidamente. Se isso ocorrer, as contrações podem ser mais dolorosas. Além disso, o uso inseguro da ocitocina sintética (sem indicação, fora da bomba de infusão e/ou com velocidade de infusão inadequada) pode causar contrações muito seguidas. Como resultado, há mais chances de que a criança obtenha menos oxigênio entre as contrações do que teria com contrações típicas, ou de que o útero rompa. Nesses casos, minimamente, ocorre a suspensão da infusão de ocitocina, a mulher se deita de lado e costuma receber fluidos adicionais por via intravenosa.

Como o uso da ocitocina requer monitoramento rigoroso da frequência cardíaca fetal, mudanças na frequência cardíaca que parecem alarmantes – mas que são toleradas pela bebê – podem resultar em outras intervenções. As pesquisas variam em relação a em quais circunstâncias o aumento da ocitocina afeta a probabilidade de cesárea.

A ocitocina também interfere na produção da própria ocitocina natural da mulher. A ocitocina é o hormônio que regula as respostas emocionais de conexão e

ligação (entre mulher e bebê, por exemplo) e é crucial para dar à luz, amamentação e apego. Ainda são necessárias mais pesquisas para entender se o uso de ocitocina no trabalho de parto afeta a saúde e o comportamento de mulheres e bebês.

A ocitocina pode ser usada se o trabalho de parto não progredir conforme o esperado e outros recursos não forem eficazes. Como as anestésias alteram os níveis naturais de ocitocina de uma mulher, a ocitocina pode ser necessária para manter o progresso do trabalho de parto.

Na pesquisa “Conexão Parto 2006 – Ouvindo as Mães II” (*Childbirth Connection 2006 – Listening to Mothers II*), feita nos Estados Unidos, 59% das mulheres tiveram sua bolsa rompida artificialmente e 55% receberam ocitocina intravenosa para acelerar o trabalho de parto que começou de forma espontânea. No Brasil, entre os anos 2011 e 2012, infusão de ocitocina (38,2%) e realização de amniotomia (rompimento artificial da bolsa) para acelerar o trabalho de parto (40,7%) estiveram entre as intervenções mais realizadas no país. Quando porcentagens expressivas de mulheres recebem intervenções para “corrigir” o trabalho de parto “anormal”, pode haver algo errado com a definição de “anormal”. Escolher uma profissional e um serviço de saúde em que essas intervenções são usadas com pouca frequência, além de se organizar para ter um excelente suporte no trabalho de parto, são boas estratégias para garantir que você não será exposta a essas intervenções desnecessariamente.

O pico de dor em cada contração era tamanho que eu precisava fechar meus olhos e me concentrar muito no número de respirações profundas que fazia, pois sabia que, quando chegasse entre a quinta e a oitava respiração, dependendo da duração da sensação, a dor começaria a diminuir. Há uma certeza em números – a lógica se sobrepôs à insanidade da sensação. Eu sabia que o tempo era o meu único aliado para lidar com a dor. Com o tempo, cada contração terminaria e a bebê nasceria.

Relato de uma estadunidense

Diferenças entre monitoramento intermitente e contínuo dos batimentos cardíacos fetais

A frequência e o ritmo dos batimentos cardíacos fetais fornecem informações para que a/o profissional da saúde interprete a condição da criança intraútero mais detalhadamente antes, durante e após as contrações uterinas. Os batimentos cardíacos fetais podem ser avaliados de forma periódica (monitoramento ou ausculta intermitente) ou contínua, durante o trabalho de parto.

A ausculta intermitente pode envolver o uso de um estetoscópio de Pinard (como se fosse um cone oco; geralmente feito de madeira), de um fetoscópio (instrumento semelhante a um estetoscópio) ou, mais comumente, de um detector fetal portátil (sonar) para verificar os batimentos cardíacos fetais em um determinado intervalo de tempo, a depender da fase do trabalho de parto (de modo geral, o intervalo entre as ausculta diminui conforme a proximidade do parto).

É comum que, na sua admissão ao hospital, seja feita uma cardiotocografia, um exame que registra, em torno de 20 minutos, os batimentos cardíacos fetais, as contrações uterinas e a movimentação da criança. Para isso, a mulher permanece deitada, preferencialmente de lado, ligada ao cardiotoco, um monitor alimentado por sensores que são posicionados no abdômen (um sensor capta a frequência cardíaca fetal e o outro, as contrações uterinas), além de outro sensor que a mulher aperta toda vez que sentir a/o bebê se movimentar. É possível também que, em alguns hospitais, a cardiotocografia seja feita de forma contínua, isto é, na admissão e durante todo o trabalho de parto. Trata-se de um protocolo hospitalar sem fundamento científico, dado que as informações geradas por esse exame não necessariamente levam a um julgamento clínico mais adequado sobre a condição da criança intraútero durante o trabalho de parto. De fato, entre mulheres saudáveis sem complicações no trabalho de parto, a realização da cardiotocografia de forma contínua aumenta a probabilidade de que sejam feitas outras intervenções nem sempre necessárias, incluindo parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator) e cesárea.¹¹

Se for feita analgesia durante o trabalho de parto, se você estiver recebendo ocitocina ou se tiver intercorrências, tais como pré-eclâmpsia, é provável que seja feito o monitoramento cardíaco fetal de forma contínua. Já existem dispositivos sem fio que permitem que você se mova, mesmo enquanto o batimento cardíaco de sua criança é monitorado continuamente, mas eles ainda não são comuns nos hospitais brasileiros.

Em mulheres saudáveis sem complicações no trabalho de parto, a ausculta intermitente, comparada ao monitoramento contínuo, não está associada a desfechos fetais desfavoráveis. E mais: a probabilidade de a mulher ser submetida a uma cesárea é menor. Além disso, a ausculta intermitente permite que a mulher se movimente durante o trabalho de parto e adote a posição que desejar quando estiver parindo.

LIDANDO COM A DOR

O trabalho de parto e o parto são intensos e podem nos levar a lugares dentro de nós mesmas em que nunca estivemos. Muitas de nós temem a dor e se perguntam como lidar com ela. Felizmente, muitos recursos estão disponíveis para nos ajudar. Esses recursos compreendem desde métodos não farmacológicos de alívio da dor, como ter a presença de uma pessoa acompanhante de sua escolha durante todos os momentos que desejar, ter o suporte oferecido por uma doula, caminhar, tomar um banho relaxante de chuveiro ou banheira, fazer exercícios de respiração, receber massagens, etc., até o uso de métodos farmacológicos de alívio da dor, como a peridural e a raquianestesia.

PENSANDO NA DOR DO TRABALHO DE PARTO

Na vida cotidiana, a dor física, sobretudo a dor intensa, pode ser um aviso de que algo está errado em nossos corpos. Mas essa ideia não se aplica à dor fisiológica do trabalho de parto, isto é, não é um sinal de perigo, nem um sintoma de lesão ou doença. É um sinal de que o nosso corpo está trabalhando intensamente para parir.

A dor do trabalho de parto é diferente de outros tipos de dor. Primeiramente, ela acaba assim que a/o bebê nasce. Essa dor também é intermitente, não contínua, o que significa que não a sentimos entre as contrações. Além disso, à medida que o trabalho de parto evolui, gradualmente, as sensações dele se intensificam, fazendo com que o nosso corpo também tenha tempo para se adaptar a tudo o que está acontecendo. Essas características da dor do trabalho de parto fazem com que, muitas vezes, seja mais fácil de lidar com ela do que com outros tipos de dor, como, por exemplo, a dor de uma cólica renal.

Como a dor e o sofrimento muitas vezes andam de mãos dadas, tendemos a pensar que são a mesma coisa. Mas não são. A dor é uma sensação física, enquanto o sofrimento é uma experiência emocional. Podemos sofrer (sentir desamparo, angústia, remorso, medo, pânico ou perda de controle) mesmo quando não há sensação física de dor, assim como podemos sentir uma dor física sem, necessariamente, sofrer. Como Penny Simkin e April Bolding, ativistas estadunidenses da defesa e promoção dos direitos das mulheres grávidas, escrevem: “Uma pessoa pode ter uma dor e isso coexistir com satisfação, prazer e empoderamento”. Da mesma forma, elas dizem, o sofrimento pode ser causado ou intensificado por outros fatores que não incluem a dor física: “Solidão, ignorância, tratamento cruel ou insensível durante o trabalho de parto, juntamente com os sofrimentos físicos ou psicológicos não resolvidos do passado, aumentam a chance de a mulher sofrer.”

Embora haja a crença de que a satisfação de uma mulher com seu parto está mediada única e exclusivamente pela dor sentida (ou não), sabemos que isso não neces-

sariamente se dá dessa forma. Nossa experiência e satisfação também são influenciadas de forma positiva quando recebemos informações adequadas, somos envolvidas nas tomadas de decisões e somos cuidadas com dignidade e respeito.

O meu trabalho de parto pareceu uma maratona, com duração de mais de dois dias. Havia períodos fáceis, em que eu fluía (eu era capaz até de dormir), mas havia momentos que pareciam uma subida íngreme, quase sem fim. Mas, tal como numa maratona, você continua colocando um pé depois do outro. Não pensa em chegar ao fim, pensa apenas em dar o próximo passo. Ter o apoio de uma ótima parteira, do meu marido e de alguns entes queridos fez toda a diferença. Tive uma ENORME sensação de realização quando a minha filha saiu e fez os seus primeiros barulhinhos. Eu estava radiante por ter enfrentado um desafio físico (e mental), e senti que tinha ganhado uma “medalha”.

Relato de uma estadunidense

(...) Vocês devem estar querendo saber das famosas dores... então... lembro que, como já estava perto do período expulsivo, já sentia uma sensação mais forte, com intervalos menores, mas, para mim, estava faltando bastante para minha bebê nascer, pois não era insuportável... não era sofrido... eu ainda conseguia sorrir... conseguia relaxar na banheira... conseguia comer tangerina e cantar as músicas que tinha separado em uma playlist do parto.

Relato de uma brasileira

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O TRABALHO DE PARTO

Algumas estratégias nos ajudam a lidar com a dor do trabalho de parto. Elas incluem, por exemplo, ser atendida por uma equipe de nossa confiança, saber quais são os recursos de alívio da dor que estão disponíveis no local em que escolhemos parir e dar à luz em um espaço onde nos sentimos seguras e confortáveis, rodeadas por pessoas que nos ofereçam o suporte que esperamos.

A evolução do trabalho de parto é melhor em um ambiente calmo e que oferece todo tipo de suporte de que a mulher necessita. Por exemplo, ter privacidade, luzes fracas, vozes calmas e música de nossa escolha podem contribuir para nossa sensação de tranquilidade e segurança.

Algumas das estratégias listadas abaixo podem ajudá-la a aliviar a dor, enquanto outras podem ajudá-la a lidar melhor com ela. As respostas das mulheres a essas técni-

cas variam; você pode achar que algumas são úteis e outras, não. A equipe que está te atendendo pode ajudá-la a experimentar diferentes estratégias e ver o que funciona para você. Uma obstetritz, uma enfermeira obstetra ou uma doula terão sugestões específicas para ajudá-la nesse quesito.

Movimentação e posições durante o trabalho de parto e parto

Ter a liberdade de se mover e mudar de posição fazem do trabalho de parto uma situação mais fácil de lidar. Andar, balançar o corpo de um lado para o outro, movimentar-se em uma bola de pilates e dançar podem ajudar a reduzir o desconforto do trabalho de parto, bem como a melhorar o posicionamento e a descida da criança no canal de parto. À medida que o trabalho de parto avança, você pode ficar parada em um mesmo lugar ou ficar rodeando a cama, mas é pouco provável que você queira se deitar de costas, e menos ainda em posição ginecológica (deitada de costas com as pernas apoiadas em um suporte). As posições verticais podem ser mais confortáveis e podem ajudar a abrir a pelve, o que, por sua vez, pode facilitar o posicionamento e a descida da bebê, por exemplo. Ficar de joelhos enquanto abraça alguém ou uma bola de pilates pode ajudar a aliviar a dor nas costas. Deitar de lado ajuda você a descansar as pernas.

No trabalho de parto ativo, é provável que você atinja um nível de consciência conhecido por “partolândia”; em outras palavras, você cria uma conexão muito forte com o seu interior e se desconecta do que a rodeia. Mesmo atingindo a “partolândia”, você pode se beneficiar de outras coisas além da variedade de movimentos e posições durante o trabalho de parto. Você também pode vocalizar (gemer, gritar, cantar etc.), segurar firme a mão de alguém, querer receber uma massagem ou, simplesmente, pode preferir o silêncio total. O padrão que funciona para você será exclusivamente seu e nem sempre funcionará para outra mulher. Enquanto estiver na “partolândia” (e também fora dela), é importante que as profissionais que estão atendendo você interfiram o mínimo possível (evitem luzes fortes, temperatura ambiente muito gelada, conversas paralelas etc.) e ajudem você, sugerindo movimentos, posições e assim por diante.

As duas coisas que me ajudaram a passar pelo trabalho de parto foram gemer e gritar com toda força dos meus pulmões. Gemer fazia com que todo o meu corpo se sentisse bem, mas não combinava com a imagem que eu tinha de mim mesma, uma mulher elegante e educada, por isso continuei a rir da situação. Eu gemia baixo e aí desatava a rir porque estava tão envergonhada, mas depois disso me fazia me sentir muito bem, por isso continuava rindo.

Relato de uma estadunidense

Estava no chuveiro... só relaxando... mas os intervalos das contrações estavam diminuindo e eu já estava cansada de ficar na mesma posição... olhei para o chão do box e tinha um colchonete... resolvi deitar ali mesmo e deixar a água bater em meu corpo. Por um momento... fui para a partolândia... Vou tentar definir “partolândia” para quem nunca ouviu falar: foi um estado de conexão total com o meu interior e de total desconexão com o mundo, com o que acontecia ao meu redor e com possíveis interferências externas. Além disso, foi um foco total na fisiologia que estava vivenciando, porém em um grau de relaxamento que me faz não lembrar de muita coisa hoje.

Relato de uma brasileira



Figura 1 – Mulher deitada sobre a bola de pilates. © Judith Elaine Halek.

O conforto da água

Estar em contato com a água durante o trabalho de parto pode ser relaxante, além de trazer outros benefícios. Há evidência científica robusta indicando que a imersão na água durante o trabalho de parto é segura tanto para a mulher como para a/o bebê, podendo também reduzir a dor e, conseqüentemente, diminuir a necessidade de analgésicos.¹³ Além disso, pode ser agradável tomar um banho de banheira ou chuveiro durante o trabalho de parto. No entanto, não fique decepcionada se não

se sentir confortável, pois existem mulheres que não gostam do contato com a água nesse momento. Trata-se de uma experiência pessoal. Ao usar uma banheira (pode até ser uma piscina infantil, daquelas do tipo inflável), a equipe que estiver atendendo você poderá ajudá-la a desfrutar desse recurso e permanecerá vigilante sobre quaisquer efeitos negativos para você e sua ou seu bebê. Se uma mulher entra em uma banheira antes de estar em trabalho de parto ativo ou permanece por muitas horas nela, o progresso do trabalho pode ser retardado. Enquanto está na água, você pode experimentar diferentes posições e receber massagens, por exemplo. É importante continuar se hidratando e manter a água da banheira em uma temperatura agradável, nem muito quente nem muito fria.

Se você não tem uma banheira disponível, banhos de chuveiro também são uma boa opção durante o trabalho de parto. Ficar de pé, se balançar debaixo d'água, ficar sentada ou de cócoras, ou até mesmo deixar a água do chuveirinho escorrer sobre a sua barriga ou costas, pode ser muito reconfortante.

Já dentro da banheira, lembro da sensação de conforto que senti com aquela água quentinha. Como diz a letra da música de Arnaldo Antunes: “sem saber o quanto esse momento poderia durar, mas tinha que respirar. Debaixo d’água ficaria para sempre, ficaria contente longe de toda gente”.

Relato de uma brasileira

Respiração

Prestar atenção na respiração também pode ajudar no trabalho de parto. Uma estratégia clássica é inspirar profundamente no início da contração e expirar lentamente à medida que ela diminui de intensidade, liberando a tensão, os medos, as inseguranças etc. Se quiser, experimente vocalizar na expiração, soltando um “ahhh” contínuo enquanto libera o ar. Você também pode experimentar respirar junto com a contração, adequando sua respiração à ascensão e à queda da contração à medida que ela vai se intensificando, chega ao ponto mais forte e diminui. Repetir afirmações também pode ser útil (do tipo: “eu sou capaz”, “sou forte”, “sou poderosa”, “entrego, confio, aceito e agradeço” etc.).

Hipnose

Recentemente, a hipnose no trabalho de parto voltou a ser utilizada, muitas vezes associada a outras práticas, como afirmações positivas, meditação, entre outras. A auto-hipnose envolve uma série de técnicas praticadas antes do parto e que também podem ser usadas quando as contrações de trabalho de parto iniciarem, com o intuito de desencadear um relaxamento profundo.

O toque

O toque humano é uma forma poderosa de aliviar a dor e reduzir a ansiedade no trabalho de parto. Ele pode ser feito por uma mão apoiada em seu braço que lhe dê sensação de segurança, um carinho suave em suas costas e braços quando você tem uma contração ou até com uma massagem firme em seu pescoço e ombros entre os intervalos das contrações. Contrapressão significa usar um tipo especial de toque para ajudar a aliviar a dor nas costas no trabalho de parto. Alguém coloca as palmas das mãos sobre a parte inferior de suas costas, onde fica o sacro (a área triangular na base da coluna vertebral); em seguida, pressiona firmemente e sustenta as suas costas durante uma contração, segurando-as até que a contração acabe. Outra técnica é apertar, como se estivesse abraçando, as laterais do quadril.

Durante a fase de transição do trabalho de parto, quando eu estava ajoelhada vomitando em uma bacia, minha parteira colocou suas mãos bem na parte inferior da minha coluna. Depois de dar à luz, eu não conseguia imaginar como era sentir uma contração, mas eu sempre me lembrarei da sensação daquele toque.

Relato de uma estadunidense

Calor e frio

Por vezes, durante o parto, uma bolsa de gelo na parte inferior das costas ou uma compressa quente no abdômen ou nas costas pode ser ideal. Enrole um saco para que assim o gelo nunca esteja em contato direto com a sua pele. Uma compressa quente nunca deve estar acima de uma temperatura que impeça você de a segurar na mão. Em outras ocasiões, um pano frio na testa ou na parte de trás do pescoço pode cair muito bem. As diferentes sensações podem, por vezes, distraí-la da dor do trabalho de parto. De forma geral, as mulheres tendem a preferir sensações quentes durante o trabalho de parto.

No parto domiciliar da minha bebê, o meu filho de quatro anos segurou uma toalha gelada na minha testa durante a parte mais intensa do meu trabalho de parto. Foi extremamente tranquilizante e também me permitiu direcionar meu foco para um único lugar sem distração. Foi, definitivamente, um dos melhores recursos para dar à luz de forma confortável e tranquila. Sem contar que foi uma forma maravilhosa de o meu filho participar do nascimento da irmã dele!

Relato de uma estadunidense

MEDICAMENTOS PARA ALÍVIO DA DOR

Medicamentos para dor podem ser extremamente úteis em certas situações durante o trabalho de parto, sobretudo quando a pedido da mulher. Os medicamentos podem aliviar consideravelmente a dor do trabalho de parto e podem ser importantes na condução de partos mais desafiadores. No entanto, tal como a maioria das intervenções, os medicamentos que aliviam a dor apresentam alguns riscos para as mulheres e bebês, e devem ser utilizados apenas com o conhecimento dos seus riscos e benefícios, e também com o das alternativas não farmacológicas disponíveis. O uso de medicamentos para alívio da dor não substitui outros tipos de suporte emocional e apoio durante o trabalho de parto, que são essenciais independentemente do uso ou não de medicações. No Brasil, esses medicamentos não costumam estar disponíveis fora do hospital; se você estiver dando à luz em casa ou em uma casa de parto, você terá que ser transferida para um hospital se em algum momento quiser receber uma analgesia de parto.

Os medicamentos para a dor são usados durante o trabalho de parto de duas maneiras básicas: sistemicamente, isto é, afetando todo o corpo, e regionalmente, afetando uma área específica. Os medicamentos sistêmicos são, em geral, opioides (também conhecidos como narcóticos), mas também incluem o óxido nitroso. No entanto, essa modalidade é praticamente inexistente no Brasil. As epidurais utilizam uma mistura de anestésico local e normalmente adicionam um opioide.

Opioides injetáveis ou intravenosos

Os opioides são os medicamentos sistêmicos mais usados para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Eles incluem morfina (geralmente usada apenas no parto precoce para ajudar as mulheres a dormir quando esse estágio de trabalho é longo), meperidina, nalbufina, butorfanol e fentanil. Os medicamentos específicos utilizados variam conforme o fornecedor e a localização.

Quando utilizados sistemicamente, os opioides são administrados por meio intravenoso ou através de uma injeção intramuscular no braço, perna ou nádega. Eles trabalham sendo absorvidos pela corrente sanguínea e indo para os receptores em seu corpo, que diminuem a percepção da dor. Em geral, fazem você se sentir relaxada, sonolenta e, possivelmente, um pouco tonta, e você tende a sentir menos suas contrações. Eles podem facilitar seu descanso por períodos mais longos de tempo entre as contrações.

Cada opioide funciona por apenas um período limitado e pode ser administrado com segurança apenas em determinados momentos durante o trabalho de parto. Após um pico de eficácia, o efeito do medicamento começa a desaparecer. A duração do tempo varia de um medicamento para outro. No entanto, é comum durar de uma a duas horas, sendo o pico frequentemente inferior a meia hora após a ingestão do medicamento.

Óxido nitroso

O óxido nitroso é um gás inodoro e insípido que você inala por meio de um bocal ou uma máscara. Você pode conhecer a mistura de óxido nitroso e oxigênio como “gás do riso”, um recurso conhecido dos consultórios odontológicos. Não se sabe exatamente como o óxido nitroso funciona, mas muitas mulheres que usam esse recurso durante o trabalho de parto o acham benéfico nos quesitos efeito analgésico e ansiolítico. No Reino Unido, onde as obstetrias o utilizam em hospitais ou nos partos domiciliares, o óxido nitroso é a forma de analgesia mais usada por mulheres em algum momento do trabalho de parto, atingindo três em cada cinco mulheres.

Quando usado de forma adequada, o óxido nitroso é seguro e eficaz para muitas mulheres, e tem vantagens em comparação com outros métodos tradicionais de analgesia de parto. O óxido nitroso proporciona um alívio maior da dor do que os medicamentos opioides e não tem nenhum dos efeitos colaterais que podem ocorrer para mulheres e bebês após a utilização de opioides ou peridurais. O óxido nitroso produz efeitos de maneira muito rápida (cerca de um minuto depois de respirar o gás), desaparece com a mesma rapidez e é controlado pela mulher durante o trabalho de parto.

Infelizmente, é raro encontrar o óxido nitroso disponível para uso das mulheres em trabalho de parto nos Estados Unidos. Em 2010, o Colégio Estadunidense de Enfermeiras Obstétricas emitiu um posicionamento a favor do aumento da disponibilidade de óxido nitroso para mulheres em trabalho de parto. Um número crescente de ativistas e profissionais da saúde está trabalhando para tornar o óxido nitroso amplamente disponível para as mulheres que dão à luz nos Estados Unidos. Aqui no Brasil, o uso do gás durante o trabalho de parto ainda é pouco difundido e raramente disponível.

Peridural e raquianestesia

A peridural e a raquianestesia causam dormência abaixo do nível das costas em que são aplicadas. Em uma peridural, o medicamento é injetado na parte mais externa das duas membranas que recobrem a medula espinhal (o espaço epidural); em uma raquianestesia, o medicamento é injetado entre as duas membranas. Tanto a peridural quanto o duplo bloqueio (peridural + raquianestesia) são oferecidos para dores de parto. Esses métodos podem envolver o uso de anestesia local, que funciona removendo sensações através de um efeito de entorpecimento sobre os nervos, ou podem envolver apenas medicamentos opioides ou uma combinação de anestesia local e medicamentos opioides.

Para uma peridural e/ou raquianestesia, a anestesista primeiro faz uma anestesia local em uma pequena área de pele nas costas. No caso da peridural, usa-se uma

agulha para colocar um cateter no espaço epidural. Com o cateter no lugar, um anestésico, ou geralmente uma combinação de anestésico e opioide, pode ser infundido por meio de uma bomba que controla a dose e a taxa durante todo o seu trabalho de parto, ou pode ser reaplicado conforme a demanda da parturiente.

A raquianestesia é uma injeção única geralmente utilizada para o alívio da dor a curto prazo em situações em que é necessário um controle rápido da dor. A raquianestesia usa anestésico local e, às vezes, um opioide é injetado no fluido espinhal que encobre a medula espinhal. A perda de sensibilidade abaixo do local da injeção ocorre muito rapidamente. Raquianestesias são muito usadas em cesáreas e, de vez em quando, em partos com fórceps ou extração à vácuo.

Alguns hospitais oferecem o duplo bloqueio: uma dose única de opioide ou anestésico é injetada no fluido espinhal da mulher e, então, um cateter é deixado no espaço epidural para uso quando o medicamento espinhal perde o efeito. A vantagem da combinação peridural + raquianestesia é que o componente espinhal oferece alívio sem entorpecimento. Se o alívio desaparece antes do nascimento, a equipe de anestesistas pode adicionar anestésicos ao cateter epidural e evitar um segundo procedimento.

A peridural e a raquianestesia são acompanhadas por um monitoramento eletrônico contínuo da criança, pelo menos por um período suficiente para assegurar o bem-estar fetal, quando então pode ser retomada a ausculta fetal intermitente. Além disso, as mulheres que tomam uma peridural ou raquianestesia têm um dispositivo intravenoso e equipamentos para monitorar a pressão arterial. Algumas mulheres precisam de um cateter urinário de alívio para esvaziar a bexiga.

Vantagens e desvantagens da peridural e da raquianestesia

A maior vantagem da analgesia regional para a maioria das mulheres que a usam é que ela pode tirar grande parte da dor durante o trabalho de parto e durante o parto. Uma peridural pode proporcionar o descanso mais que necessário para uma mulher exausta, em especial quando outras abordagens falharam, e pode ser útil no caso de um trabalho de parto muito longo. Problemas psicológicos ou circunstâncias individuais podem tornar a experiência das sensações físicas do trabalho muito difícil para algumas mulheres em algum momento.

No entanto, a analgesia regional pode mudar o curso do trabalho de parto de maneiras adversas. As desvantagens dos medicamentos regionais utilizados para a dor de parto incluem:

- Em certas ocasiões, a inserção da peridural é ineficaz e o processo tem que ser repetido. As peridurais, eventualmente, não funcionam ou não aliviam a dor em uma pequena área específica do seu abdômen ou nas costas (também conhecida como janela epidural). Tais áreas, às vezes, podem ser anestesiadas com doses mais elevadas de medicação.

- É mais provável que você tenha um pequeno episódio de queda de pressão logo após a peridural e a raquianestesia serem injetadas, o que pode estar associado a uma queda na frequência cardíaca da bebê. Se isso acontecer, a equipe médica aumentará os fluidos através de dispositivos intravenosos e a ajudará a mudar de posição ou a medicará para aumentar a sua pressão arterial. Esses episódios de pressão arterial baixa são resolvidos, normalmente, de forma rápida e não causam qualquer efeito duradouro em você ou na bebê.
- Os opioides espinhais e epidurais podem causar coceiras que, apesar de amenas, podem incomodar algumas mulheres.
- Esse tipo de medicação pode aumentar a quantidade de tempo do trabalho de parto, incluindo uma fase de empurrar mais longa.
- É mais provável que você tenha um parto instrumental, com fórceps ou extração à vácuo. Partos vaginais instrumentais são um fator de risco para lacerações perineais de 3º e 4º grau, que atingem, respectivamente, o esfíncter e a mucosa anal.
- Algumas mulheres submetidas à analgesia regional sofrem de uma dor de cabeça severa chamada dor de cefaleia pós-raquianestesia. A dor de cabeça geralmente só começa a partir do dia seguinte; se ocorrer, há um tratamento eficaz disponível.

Não há evidência clara em relação à associação entre peridurais e problemas na iniciação da amamentação.

DANDO À LUZ

A fase ativa do trabalho de parto finaliza quando o colo do útero está aberto o suficiente para acomodar a cabeça da bebê, isto é, há a dilatação completa do colo do útero (10 centímetros). A essa altura, provavelmente, você sentirá os puxos, uma vontade incontrollável de começar a empurrar sua bebê ou fazer força para baixo. É comum, entre o final da fase de transição e antes do período expulsivo, que suas contrações amenizem ou até parem por um tempo, permitindo que você descanse, inclusive podendo dormir.

As contrações estavam fortes, [mas] eu consegui dormir entre elas. Foi tudo muito surreal e de outro mundo. Uma dor insuportável e, depois, relaxamento total. Eu me senti como se estivesse em uma cena de “A tenda vermelha” [um romance ambientado nos tempos bíblicos; o título se refere a uma tenda em que as mulheres davam à luz]. Empurrei de um lugar enterrado dentro de mim. Sons guturais, profundos, quase selvagens vinham de dentro de mim. Sons intensos. Sons sobre os quais eu logo perdi o controle. O meu corpo estava expulsando o meu bebê, e eu estava apenas fornecendo a trilha sonora.

Relato de uma estadunidense

Nossa fisiologia é tão perfeita! Quando entrei no período expulsivo, despertei da partolândia... a ficha caiu... Meu bebê estava chegando. Nesse momento, minhas lembranças do parto ficaram mais claras. (...) Lembro que as sensações eram bem fortes e eu conseguia enxergar o que estava acontecendo ali... sentia calor (mesmo dentro da água), as contrações com intervalos bem menores não me davam muito descanso. (...) Eu perguntava: o que podemos fazer? E as parteiras falavam: “você já está fazendo... você está ótima!!”, sempre com um sorriso no rosto. E eu: “como assim?”. Eu não sentia medo, sentia que meu bebê estava pertinho de chegar. Eu sentia necessidade de puxar um pano, que estava amarrado em uma pequena barra ao lado da banheira, a cada contração. Nos curtos intervalos, continuava cantando as músicas da minha playlist.

Relato de uma brasileira

Contrações mais rápidas, intensas, uma sensação de abertura e pressão no reto (até mesmo uma vontade de evacuar) são sinais de que você está completamente dilatada. Empurre e faça força para baixo, se e quando você tiver vontade.

Depois de alguns puxos, percebi que tinha que mudar de marcha. Empurrar era por minha conta. Eu não tinha que ficar ali deitada e lidar com aquilo, contando, respirando e gemendo até que tudo acabasse. Era hora de estar ativa, decidir quando empurrar, quando respirar, quando descansar.

Relato de uma estadunidense

Os puxos funcionam melhor quando você faz exatamente o que o seu corpo quer, sem direção externa. Empurre ou faça força para baixo quando sentir vontade – esse é um reflexo natural que surge quando o nosso corpo produz altos níveis de ocitocina em resposta à pressão da cabeça da bebê na nossa pelve, assoalho pélvico e vagina. No passado, as mulheres eram ensinadas a prender a respiração e a empurrar durante cada contração. Profissionais podem ainda dizer para você prender a respiração e empurrar para baixo o mais forte possível em uma contagem até dez. Mas isso pode ser extremamente cansativo, além de poder fazer mais mal do que bem. Estudos sobre mulheres em trabalho de parto têm mostrado que prender a respiração pode aumentar a chance de padrões preocupantes de frequência cardíaca fetal, isso porque a criança não recebe tanto oxigênio quando você empurra dessa maneira, sem respeitar sua vontade de fazer força. Com apoio e palavras encorajadoras, você pode seguir seus próprios instintos e encontrar um ritmo em que você se sinta bem e, conseqüentemente, mover a bebê para baixo. Pode ser necessário

que você ou quem a estiver acompanhando peça à equipe que não lhe diga como e quando empurrar.

Quando estava empurrando, empurrando de verdade, eu me senti poderosa. Quando percebi que estava no controle dos movimentos e quando senti minhas contrações como guias para quantas vezes e por quanto tempo eu deveria empurrar, comecei a controlar meu medo crescente e aproveitar minha energia. (...) Enquanto eu fazia sons graves, meu bebê começou a coroar, dentro da bolsa! Lindo demais... fiquei tão animada que ele nasceria empelcado. (...) Meu marido falava para mim, emocionado: “ele está vindo... falta pouco”, e eu só olhava para o sorriso dele. Minha parteira falou que muitas mulheres sentiam um conforto colocando a própria mão no períneo, e assim fiz... Primeiro senti a bolsa de líquido amniótico na frente da cabecinha... e, a cada contração, sentia ele chegando. Ainda envolto pela bolsa de líquido... a parteira disse que ele era cabeludo, meu marido foi ver emocionado... e a parteira disse: “se você gritar... ele nasce...”, e eu: “não quero gritarrrrrr” (rs). Mas veio uma força, um vigor muscular tão grande... que gritei na contração seguinte... chamei pelo meu bebê... Nessa hora, eu estava sentindo o famoso círculo de fogo. Realmente, é uma ardência importante no períneo... mas é tão rápido... dura tão pouco tempo... é tanta emoção envolvida que não considerei sofrido... Talvez o fato de estar na banheira tenha amenizado a sensação. E a cabeça do meu bebê apareceu... bebê cabeludo e já de olhos abertos (...) Logo depois, com uma ou duas contrações... ele rotacionou para liberar os ombros, a bolsa estourou e saiu o corpinho.. assim, bem rapidinho mesmo... nem deu tempo de focar na dor. Eu mesma peguei meu bebê e coloquei no meu colo com a ajuda do meu marido. Ah, que emoção!!

Relato de uma brasileira

Dependendo da posição da criança, fazer força pode ser muito doloroso e trabalhoso. Experimente mudar de posição para aliviar os pontos de pressão e encontre posições que sejam mais confortáveis para você. Às vezes, empurrar enquanto está sentada no vaso sanitário pode ser eficaz, uma vez que estamos psicologicamente condicionadas a relaxar os nossos músculos pélvicos nessa posição. Estar de pé (inclinada, agachada, apoiada em alguma coisa ou alguém) pode diminuir a dor, de forma geral e nas costas. As posições verticais também podem ajudar a alinhar melhor a bebê em sua pelve e abrir os ossos pélvicos um pouco para dar a ela mais espaço, permitindo que desça mais facilmente através do canal vaginal. São necessários apenas alguns momentos ou algumas horas fazendo força até que a bebê nasça. Desde que você e a criança estejam bem, e ela esteja descendo, não há por que limitar essa fase do parto.



Figura 2 – Sequência de imagens de um parto. Cortesia de © Judith Bishop.

Entre os puxos, respire devagar e descanse. Você pode até adormecer por uns minutos. Lembre-se de que – assim como em fases anteriores do trabalho de parto – seu útero trabalha involuntariamente para mover a criança para baixo e para fora. Trabalhe com ela e dê o tempo necessário. Seu trabalho de parto pode não progredir tão rapidamente quanto você tinha imaginado ou como os outros ao seu redor esperavam.

FASE EXPULSIVA, NO CASO DE PERIDURAL

Uma peridural, dependendo da dosagem do medicamento usada pela médica ou médico anestesista, pode mudar consideravelmente a segunda fase do trabalho de parto, isto é, a fase expulsiva. É possível que você demore a sentir os puxos, sinta-os de forma menos intensa ou, em alguns casos, os puxos podem estar ausentes. Por isso, o período expulsivo pode levar mais tempo e ser mais cansativo, pode ser mais difícil mudar de posição e também há mais chances de parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator). Alguns desses desafios podem ser superados com uma postura mais relaxada, permitindo mais tempo para a criança descer e nascer.

Se possível, você pode diminuir a chance de ter um parto por fórceps, vácuo extrator ou uma cesárea e evitar a exaustão ao não fazer força imediatamente quando o seu colo do útero estiver dilatado por completo. Se você esperar até sentir a necessidade de expulsar ou até que a cabeça da criança tenha descido mais, você terá mais energia e será capaz de empurrar de forma mais eficaz. Pesquisas sugerem que a duração do tempo antes do nascimento é a mesma se você permite uma hora ou duas de descida passiva da bebê (quando você relaxa e não tenta induzir seus puxos) ou se começa a empurrar imediatamente após estar totalmente dilatada.

INTERVENÇÕES COMUNS QUE PODEM SER DANOSAS

Embora algumas intervenções possam ser úteis em determinadas circunstâncias, de modo geral, sabe-se que recorrer às intervenções, quando elas não são necessárias ou de forma precoce, pode causar danos tanto para a mulher quanto para a criança. As intervenções listadas abaixo são usadas na maioria dos partos e nascimentos no Brasil, apesar da evidência científica disponível até o momento desaconselhar seu uso ou o uso rotineiro.¹⁴

Posição litotômica para o parto: deitar-se de barriga para cima, com as pernas apoiadas em um suporte, tende a ser uma posição desconfortável ou dolorosa, que pode retardar o trabalho de parto, reduzir o fluxo de oxigênio para a bebê e aumentar as chances de distócia de ombros (quando, no nascimento, há dificuldade em desprender os ombros da bebê) e traumas perineais. Nessa posição, você também pode se sentir passiva durante o período expulsivo, em vez de sentir-se ativa, parindo sua

bebê. Em vez da posição litotômica, você pode experimentar outras posições benéficas,¹⁵ como: em pé (apoiada em alguém ou algo), de quatro, semissentada (existem camas que permitem que você fique assim), de lado (com uma das pernas levantadas ou não), agachada de cócoras (existem banquetas de parto que a ajudam a ficar nessa posição) etc. Mulheres que receberam analgesia e ficaram com a mobilidade comprometida costumam se sentir bem e ser beneficiadas nas posições semissentada e deitada de lado.¹⁶

Manobra de Kristeller: trata-se de uma pressão exercida na porção superior da sua barriga, uma intervenção que deve ser extinta da assistência obstétrica, uma vez que não atinge seu propósito (o de encurtar o período expulsivo e evitar partos a fórceps ou vácuo extrator). E mais: não há a comprovação sobre sua segurança.¹⁷ Na realidade, essa manobra é contraindicada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Episiotomia: comprovou-se que a episiotomia, um corte cirúrgico feito no períneo sob a justificativa de ampliar o canal vaginal para a passagem da criança, aumenta as chances de traumas perineais, problemas de cicatrização, dor no pós-parto (ou até mesmo durante anos da vida da mulher), dor durante as relações sexuais e incontinências (perda involuntária de urina, gases ou fezes).¹⁸ Atualmente, há pesquisadoras que propõem a não realização da episiotomia, baseando-se em um estudo bem conduzido no qual as autoras concluem que seguir um protocolo de não realização de episiotomia é seguro tanto para a mulher quanto para a criança e indagam se realmente existe uma indicação real para a episiotomia.¹⁹

Clampeamento imediato do cordão umbilical após o nascimento priva bebês de até um terço dos seus volumes sanguíneos. Embora a maioria das crianças possa suportar essa quantidade de perda de sangue, isso aumenta a probabilidade de anemia na primeira infância. O clampeamento tardio do cordão umbilical tem benefícios adicionais para crianças prematuras e abaixo do peso e pode reduzir a perda de sangue da mulher após o nascimento.

Quando a fase expulsiva está terminando, a criança se move sob seu arco púbico, e seu períneo, a área entre a vagina e o reto, estica lentamente para acomodar a cabeça. É possível que você sinta uma queimação na vagina ou, como dizem algumas mulheres, sinta o “círculo de fogo”. Procure a posição que mais a agrada. Vocalize ou grite se você tiver vontade. Se quiser, incline-se para tocar a cabeça da bebê ou veja o que está acontecendo com a ajuda de um espelhinho, isso pode facilitar ainda mais o processo.

Muitas vezes, digo às mulheres em trabalho de parto que sentirão um segundo fôlego – uma onda de energia – quando for a hora de empurrar. Mas, isso não aconteceu comigo quando comecei a empurrar. Em compensação, eu tive essa sensação quando comecei a perceber meu períneo distendendo e sabia que [meu bebê] estava prestes a nascer. Era como se a única coisa que eu precisasse fazer no mundo fosse empurrar com toda a minha força. E era verdade! Era a única coisa que tinha que fazer. Todas as pessoas maravilhosas que me ajudaram estavam cuidando de todas as outras coisas. Empurrei e a queimação atingiu o pico, e depois, de repente, não senti nada. A cabeça do meu bebê saiu. É realmente incrível como você pode ir de uma dor mais intensa para nenhuma dor em tão pouco tempo.

Relato de uma parteira que deu à luz em sua casa

SUA BEBÊ NASCEU!

Em questão de segundos após o nascimento, bebês passam por uma transição impressionante da vida intraútero, onde todas as suas necessidades foram atendidas pela placenta e pelo organismo da mãe, para a vida fora do útero, onde devem regular sua própria respiração, temperatura e digestão, por exemplo. Essa transição acontece de forma mais tranquila quando a criança é colocada em seu peito para um contato pele a pele (sendo amamentada ou não), com o cordão umbilical intacto (não clamped imediatamente) e em um ambiente acolhedor. Às vezes, rotinas hospitalares ou complicações com a mulher ou a criança tornam difícil o contato pele a pele logo após o nascimento. Bebês podem superar esses desafios quando são necessários do ponto de vista clínico, mas o melhor é manter mulher e bebê juntas, exceto em circunstâncias extremas.

Parte das crianças respiram enquanto estão nascendo e ficam rosadas imediatamente. Outra parte leva alguns segundos para começar a respirar, um processo que se desenrola à medida que o sangue continua a fluir através do cordão umbilical. Estímulos suaves, como esfregar as costas da bebê, também podem ajudá-la a começar a respirar de forma regular e sustentada. Bebês saudáveis são capazes de expelir o fluido de suas vias respiratórias sem necessidade de sucção, até mesmo quando houve aspiração de mecônio fluido (eliminação intestinal fisiológica intraútero) e a criança mantém respiração e frequência cardíaca adequadas após o nascimento. Se a respiração e a frequência cardíaca da bebê não estiverem adequadas, serão realizados procedimentos de reanimação. Se houve a ocorrência de aspiração de mecônio espesso, é feita a aspiração das vias aéreas da bebê antes da reanimação.

Nem todas as crianças recém-nascidas choram. Algumas choram por um instante e, depois, param. Frequentemente, elas respiram, piscam, olham ao redor, tosse, espirram e fungam. A cabeça pode parecer estranha, por ter sido moldada temporariamente pelo canal vaginal. O corpo pode ser coberto com vernix, uma secreção branca e cerosa que protege a pele dentro do útero e na transição para o ambiente externo. Todas as crianças nascem molhadas de líquido amniótico. Mulheres e bebês devem permanecer juntas durante esse tempo precioso. Quando se sentir pronta, segure sua filha ou filho ainda sem roupinha contra sua barriga e seios, perto do som familiar de seu coração, para que ela ou ele possa sentir sua pele e cheirar, ouvir e ver você. Você e sua criança recém-nascida precisam do máximo de tempo de paz e sossego juntas. Em qualquer contexto, a equipe pode interromper esse tempo de intimidade importante para saber como vocês estão. Em um hospital, a equipe costuma ter seus próprios horários para avaliações, mas também pode facilmente examinar a bebê nos seus braços de forma não invasiva. Em geral, não é necessário medir, pesar e fazer outros testes imediatamente. Se houver uma razão para levar a bebê por um curto período de tempo, a pessoa com quem você está ou alguém de seu apoio pode acompanhar a criança.

Você era perfeito, claro. A Sue pegou você e colocou o seu corpo quente e molhado no meu peito. Você imediatamente deu um choro saudável, embora curto, e depois olhou à sua volta tentando entender o que estava acontecendo. Nós três ficamos ali nos conhecendo. Estávamos tão admiradas e apaixonadas por você que nos esquecemos de verificar se você era um menino ou uma menina!

Relato de uma estadunidense escrevendo para o seu bebê

Pode ser que, quando o parto e o nascimento se aproximarem, você fique imaginando como vai reagir quando vir sua bebê pela primeira vez. É comum ter uma reação que não coincide com uma visão de ligação instantânea. Muitas vezes, a incredulidade, o choque, a admiração ou uma sensação muito forte de orgulho são as primeiras emoções. À medida que você passa momentos calmos com sua bebê nas horas e dias seguintes, o processo de ligação começará a ser construído.

Eu mesma peguei meu bebê saindo de mim e o coloquei no meu colo. Nessa hora, minha playlist tocava uma música que amo (...). Mais uma vez, aquele coquetel de hormônios inundou meu ser. Eu estava tão feliz! Não chorei muito, meu marido chorou por mim (rs). Eu só sorria... achei-o o bebê mais lindo do mundo. Tinha momentos em que não falávamos nada... era só a contemplação daquele milagre em

nossas vidas... eu só queria parar no tempo e viver aquele momento único. Vivemos o tal do imprinting, que nada mais é do que o nosso reconhecimento. É a oportunidade do contato pele a pele antes de qualquer procedimento, sem marcação de tempo no relógio, sem um profissional ao meu lado esperando para levá-lo para algum lugar para cumprir a rotina hospitalar. O imprinting foi aquele momento em que olhei para ele e pensei: “era você, né?”. E acho que ele também olhou para mim e me reconheceu como mamãe... Só quem vive essa experiência pode entender a importância do contato pele a pele para criação do vínculo. Então, voltando ao relato, eu o trouxe para meu colo... ficamos ali, um tempo ainda na banheira, escutando minha playlist ao fundo. A emoção tomou conta da gente... renascemos e agora somos papai e mamãe. Sem saber o tempo que durou... As parteiras prepararam o ambiente para eu sair da banheira e ir para cama... com ele grudado em mim... levantei e deitei com ele grudadinho. Muitos paninhos e aquecedores para aquecer nosso bebê. Ele estava cheio de vernix caseoso e o cheirinho dele era o cheirinho do paraíso. O cordão umbilical ainda não tinha sido cortado... com muita ocitocina rolando... com uns dez minutos mais ou menos... minha placenta nasceu... tão linda! Tão forte! Nutriu meu bebê por 37 semanas e dois dias. Aí, meu marido cortou o cordão com um bisturi... e mais emoção rolando! Nessa hora, nos unimos não mais via placenta, mas via corpo e alma. Logo em seguida, meu bebê ensaiava vir para meu peito... e com uma ajudinha... pronto, já estava mamando! Amamentação ainda na primeira hora de pós-parto! E ficou lá por muito tempo... também não contabilizado no relógio... mas eu já estava completamente apaixonada por ele... Depois dessas primeiras horas é que ele foi examinado, pesado... sem pressa... sem muita manipulação... sem estresse.

Relato de uma brasileira

Intervenções no parto: fórceps e vácuo extrator

A extração por fórceps ou vácuo extrator pode ajudar quando bebês precisam nascer rapidamente ou quando uma mulher precisa de assistência para permitir que o parto vaginal continue. São ferramentas importantes em mãos hábeis, que só podem ser usadas quando o colo do útero está totalmente dilatado e de acordo com algumas condições, como o posicionamento da ou do bebê. Na maioria dos casos, a analgesia ou a anestesia é dada antes do uso desses instrumentos.

O vácuo extrator é composto por uma ventosa pequena e flexível que é posta sob a cabeça da criança. O uso do vácuo extrator poderá resultar em um “alongamento” da cabeça, causado pela pressão exercida e pelo trabalho de parto resolvido em um curto período. Mesmo quando feito corretamente, pode causar um inchaço cheio de sangue (cefalohematoma) na cabeça da bebê.

O fórceps é um instrumento composto por duas pinças de metal que são posicionadas uma em cada lado da cabeça da criança e, em seguida, travadas e ajustadas de forma precisa. O fórceps é muito mais propenso a causar lesão na vagina e no períneo da mulher do que um parto por vácuo extrator, e também pode causar lesões em bebês. Pode ser arriscado quando utilizado de forma inadequada ou por profissionais sem qualificação. Já se discute se, de fato, o uso de fórceps não deveria ser abolido da assistência.

Antes de usar um método de nascimento por ventosa, se não houver emergência imediata, tente outras posições que possam abrir a pelve. Tente se agachar para tornar a expulsão mais eficiente.

SAÍDA DA PLACENTA (DEQUITAÇÃO)

A saída da placenta completa o processo de parto. Depois de aproximadamente cinco a trinta minutos ou mais, o cordão umbilical alonga, uma ou mais contrações ocorrem e a placenta é expelida, muitas vezes acompanhada de um pequeno sangramento. A amamentação ou o simples contato pele a pele, em um ambiente tranquilo e calmo, estimula positivamente esse processo. Existem dois tipos de cuidado nesse momento, durante a dequitação. O primeiro deles, com o intuito de prevenir a hemorragia pós-parto, compreende a tração controlada do cordão umbilical, com uma dose de ocitocina após o parto (geralmente, administrada por meio de uma injeção na coxa) e o clampeamento do cordão após entre 1 e 3 minutos.²⁰ O segundo tipo de cuidado, mais comum em ambientes onde existe uma ou um profissional assistindo uma única mulher, compreende a espera da dequitação fisiológica, acompanhado da vigilância de qualquer sinal indicativo de hemorragia. Nesse cuidado expectante, o cordão umbilical é clampeado quando para de pulsar. Independentemente da conduta assumida, é importante que a pessoa não puxe a placenta de forma descontrolada, muito menos antes de ela ter se separado da parede uterina, e que nenhum fragmento da placenta permaneça em seu útero, uma vez que isso pode causar hemorragia. Fragmentos retidos também podem colocá-la em risco de infecção no pós-parto. A pessoa profissional que estiver assistindo você irá inspecionar sua placenta para conferir se ela está completa e intacta. Assim que a placenta sai, na região do útero onde estava inserida, ocorre um tamponamento dos vasos sanguíneos daquela região, ou, em outras palavras, eles se fecham. O seu útero contrai e começa a encolher. Depois que a placenta sair, o aleitamento da criança recém-nascida ajuda a manter o útero contraído.

Há quem veja a placenta como um órgão muito bonito, com o seu desenho de vasos sanguíneos semelhantes a uma árvore da vida. Muitas culturas têm rituais em

torno do pós-parto, que incluem plantar árvores ou arbustos floridos sobre a placenta. Informe sua equipe se quiser ver e/ou guardar a placenta.

O INÍCIO DE UMA RELAÇÃO MEDIADA TAMBÉM PELA AMAMENTAÇÃO



Figura 3 – Mãe e bebê recém-nascido. ©Eric Silverberg.

As primeiras horas da vida da bebê são um momento de alerta; recomenda-se a amamentação na primeira hora de vida. Bebês têm um reflexo instintivo de sucção, mas mostram diferentes graus de interesse e tempo mamando. Há bebês que se agarram ao peito imediatamente; outras/os, aprendem a fazê-lo mais gradualmente. Cheirar, lamber e explorar os seios fazem parte do processo. No entanto, sabe-se que algumas intervenções realizadas durante o trabalho de parto, como o uso de ocitocina e analgesia, podem influenciar os reflexos durante sua primeira hora de vida.²¹ De qualquer forma, permitir que sua filha ou filho mame logo nos momentos que sucedem o nascimento dará à criança o benefício de anticorpos e nutrientes do colostro, o primeiro leite. Depois de algumas horas, a bebê poderá adormecer e, quando acordar, a amamentação pode não ser tão fluida como foi da primeira vez. Durante as primeiras 24 a 72 horas, a criança irá aprender todos os movimentos coordenados usados para se agarrar ao seu peito e mamar de forma eficaz.

Você poderá pedir à equipe para ajudá-la a começar a amamentar, colocando a bebê na sua barriga ou peito, pele a pele, logo após o nascimento. Além disso, se você estiver planejando amamentar, é importante insistir para que não seja dado à bebê qualquer fórmula de leite artificial, água, chás etc. Lembre-se que o seu leite é produzido especificamente para a bebê e é o suficiente para as necessidades dela. Por isso, é recomendado o aleitamento materno exclusivo pelos primeiros seis meses de vida.

AS PRIMEIRAS HORAS E DIAS APÓS O NASCIMENTO

Em casa, casas de parto ou centros de parto normal, é comum e esperado que mulher e bebê permaneçam juntas o tempo todo, conhecendo-se, com a criança mamando sempre que desejar. No Brasil, há alguns anos, as mulheres têm o direito ao Alojamento Conjunto,²² isto é, a mulher e a criança recém-nascida saudável permanecem juntas, em tempo integral, desde o nascimento até a alta. Por isso, no hospital, peça que sua bebê fique com você. Se uma médica ou médico achar que a separação é necessária, peça uma explicação e diga para a equipe do hospital que quer que sua filha ou filho fique com você. Mesmo que a observação ou um tratamento sejam necessários, é possível que você, ou sua parceira ou parceiro, acompanhem a bebê.

NASCIMENTO POR CESÁREA

O meu primeiro bebê teve a apresentação de face e não havia outra maneira de ele nascer por parto vaginal; essa posição força a cabeça do bebê entre o sacro e o osso púbico, não deixando espaço para o bebê descer. Minha cesárea aconteceu num pequeno hospital local. A sala cirúrgica não estava tão gelada.... A minha parteira e o meu parceiro estavam comigo no centro cirúrgico. Foi uma ótima forma para que a cética aqui aprendesse que, sim, um parto cirúrgico pode ser um evento positivo. Recebi uma anestesia mínima e o meu bebê foi trazido até mim cerca de uma hora depois do nascimento.

Relato de uma estadunidense

Em certas situações, as cesáreas são necessárias para a segurança da mulher e/ou da criança. Caso contrário, mulher e bebê podem estar sendo expostas a riscos desnecessários. Um estudo importante sobre o assunto indica que a cesárea está associada a um aumento do risco da mortalidade materna e outros problemas graves, como: hemorragia, necessidade de retirada de útero ou transfusão sanguínea, ruptura uterina, complicações associadas à anestesia e/ou sedação, choque, parada cardiorrespiratória, falência renal aguda, necessidade de ventilação mecânica ou intubação, tromboembolismo venoso no pós-parto, infecção puerperal, ruptura da cicatriz cirúrgica ainda durante a internação e hematomas. Além do mais, esses riscos aumentam em gestações e cesáreas futuras. As crianças nascidas por cesárea estão mais propensas a diversos problemas de saúde, em diferentes fases da vida. O uso de antibióticos antes e durante a cirurgia, bem como cesáreas agendadas antes de 39 semanas, também expõem bebês a alguns riscos. Quando comparadas às crianças nascidas por parto

vaginal, as nascidas por cesárea têm mais chances de desenvolver problemas respiratórios (asma), cardíacos (aumento da pressão arterial), hepáticos, gastrointestinais (redução da microbiota intestinal), metabólicos (hipoglicemia, adiposidade, diabetes do tipo 1, aumento do índice de massa corpórea) e imunológicos (alergias e atopias). A persistência desses problemas a longo prazo ainda não foi bem investigada, bem como a associação entre cesárea e certos transtornos, como o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e o transtorno do espectro do autismo.²³

A ponderação dos riscos e benefícios de uma cesárea variam de acordo com cada caso. Mas, de antemão, saiba que existem indicações de cesárea que aparecem logo durante a gravidez e outras que surgem apenas durante o trabalho de parto. Entre as indicações absolutas de cesárea estão: placenta prévia total e parcial, descolamento prematuro de placenta fora do período expulsivo e com feto vivo, vasa prévia, placenta acreta associada à placenta prévia, alguns casos de infecção pelo HIV, infecção ativa de herpes genital quando se inicia o trabalho de parto, prolapso de cordão com dilatação não completa e apresentação córmica durante o trabalho de parto.²⁴ Idealmente, você deve discutir tudo isso durante as consultas de pré-natal e com grupos de apoio.

Sempre sonhei em ter um parto em casa e, se isso não fosse possível, dar à luz numa maternidade com uma parteira. Na 32ª semana, tive um pequeno sangramento vermelho vivo. Minha parteira foi ao hospital comigo para fazer uma ultrassonografia, que mostrou que a minha placenta estava cobrindo parcialmente o orifício cervical. A obstetra defendeu a possibilidade de que a placenta ainda poderia se afastar do colo do útero, embora estivesse em dúvida. Voltei para casa com instruções para ligar imediatamente se houvesse qualquer outra hemorragia. Na 35ª semana, acordei e percebi um sangramento. Com uma toalha entre as pernas, liguei para minha parteira, entrei no carro e fui para o hospital onde a minha linda filha de 2,2 quilos, Chiara, nasceu por cesárea.

Relato de uma estadunidense

Se você for submetida a uma cesárea, planejada ou não, o processo vai começar em uma sala de cirurgia, onde você vai receber uma raquianestesia para fazer com que fique completamente dormente abaixo do nível de suas costelas.

Em casos raros, quando uma cesárea precisa ser realizada muito rapidamente, pode ser que uma anestesia geral seja necessária (o que a deixará inconsciente), porque é mais rápido do que deixá-la dormente com uma raquianestesia. A anestesia geral também é usada em casos raros quando não se obtém um nível adequado de anestesia com uma raquianestesia.

Para a maioria das cesáreas, sua barriga será higienizada e você receberá uma dose de antibióticos antes ou durante o procedimento para reduzir o risco de infecção. Além disso, um cateter será colocado em sua bexiga para mantê-la vazia durante o procedimento. Uma espécie de cortina será colocada entre o seu peito e a parte inferior do seu corpo para criar uma área estéril para a operação. Essa cortina também impede que você veja a cirurgia no momento em que ela acontece, embora você possa pedir para abaixá-la o suficiente para que veja a bebê sair, se você preferir. Às vezes, a cortina fica perto do pescoço, mas você pode virar a cabeça para o lado se sentir claustrofobia e comunicar isso à equipe. As autoras de *Orgasmic Birth* (Partos Orgásmicos), Elizabeth Davis e Debra Pascali-Bonaro, também sugerem que: “Você pode ter música na sala de parto, aromaterapia em um lenço no nariz, suporte de toque de sua parceira, parceiro ou doula, a oportunidade de ver a bebê sair, olhando-a através de um espelho, e fotos (tiradas por sua parceira, parceiro ou doula) de seus primeiros momentos com sua bebê”.²⁵

Na cirurgia, seus braços podem ficar livres; mesmo assim, a orientação é que você não toque naquele campo estéril descrito anteriormente. Alguém da equipe irá colar um adesivo na sua pele e colocar um pequeno aparelho abraçando um dos seus dedos, tudo isso para monitorar os seus sinais vitais. Em todos os hospitais, públicos e privados, você tem direito que a acompanhante de sua escolha esteja com você durante todos os momentos da internação, até mesmo em caso de cesárea.²⁶ A pessoa que te acompanha provavelmente permanecerá na cabeceira da maca, ao lado da sua cabeça, atrás da cortina.

Após a anestesia fazer efeito, é realizada uma incisão horizontal na sua pele, perto do osso púbico – o chamado corte de biquíni. Então, a médica ou médico abrirá as outras camadas até ser possível retirar sua bebê.

Olhei para o meu marido. Ali estava ele, com semblante ridículo com um avental azul e a uma rede de cabelo. Ele estava de pé, só o suficiente para ver por cima da cortina. Os seus olhos estavam olhando fixamente. Nem tenho certeza se ele piscou. Quando o médico anunciou o nascimento da nossa filha, ele nem precisava ter avisado. Estava estampado na cara do meu marido. Ele arregalou os olhos no início, quase como se alguém tivesse pisado em seu dedo do pé, e então começou a chorar. O olhar em seu semblante era de espanto, orgulho, amor. Também vi o nascimento da nossa filha naquele dia ... através dos olhos do meu marido. Foi lindo.

Relato de uma estadunidense

A médica ou médico irá clampar e cortar o cordão umbilical, e sua filha ou filho poderá ser entregue diretamente a você, ficando em contato pele a pele ou, até mes-

mo, sendo amamentada. O procedimento completo, incluindo também a remoção da placenta e a sutura das camadas cortadas, demora cerca de uma hora.

Após a cirurgia, você e sua bebê irão para uma sala de recuperação. Esse é um momento importante para começar a amamentar. A criança geralmente fica ativa durante as duas primeiras horas após o nascimento. Peça ajuda se você sentir que não consegue começar a amamentar sozinha. A cirurgia e a recuperação representam desafios extras para a amamentação, e receber ajuda faz toda a diferença. Durante esse tempo, se você recebeu uma peridural ou raquianestesia, a anestesia vai gradualmente passar. Se recebeu um medicamento de ação prolongada no cateter da epidural ou da raquianestesia, você não deve ter muita dor nas primeiras 24 horas. Se não tomou o medicamento de ação prolongada, você receberá um medicamento para as dores por via intravenosa, se necessário. Normalmente, após algumas horas, você já estará pronta para ir para um quarto, junto de sua bebê.

As mulheres que têm um trabalho de parto complicado e emergências obstétricas entendem a necessidade de uma cirurgia cesariana. Algumas encaram a cesárea como um alívio, mesmo se perguntando se era realmente necessária. Algumas se culpam, sentindo-se responsáveis ou defensivas por não terem feito “tudo o que era possível” para ter um parto vaginal, apesar de terem feito o melhor que podiam, dadas as suas circunstâncias físicas e as informações e ajuda disponíveis. É normal que as mulheres tenham uma grande variedade de respostas emocionais a uma cesárea. Honre os seus sentimentos, sejam eles quais forem. Se você sentir que precisa de apoio adicional após uma cesárea, procure ajuda profissional. Além disso, também existem grupos de apoio. Para conhecer mais, visite o site da Parto do Princípio (partodoprincipio.com.br).

Eu digo às mulheres que começam o trabalho de parto em casa e acabam num hospital: “Quem você é nunca muda. Seus planos, ideais, crenças e princípios nunca mudam só porque você acabou de passar por uma cesárea. Você é mais forte do que teria sido, porque passou por todas essas decisões e fez as suas escolhas”.

Relato de uma parteira brasileira

Embora todas esperemos uma criança saudável, em casos raros, bebês podem nascer com problemas mais graves. Você pode enfrentar desafios que nunca previu. Muito raramente, o impensável acontece: a criança morre antes, durante ou dias após o seu nascimento. Nesse momento, a sua dor pode ser insuportável, e você poderá sentir muitas coisas ao mesmo tempo, como tristeza, culpa, raiva etc. Profissionais que atuam na área dizem que há a possibilidade de se criar uma caixa de memórias com itens e lembranças da ou do bebê, que poderá ser vista quando você desejar.

Além disso, procure ajuda de profissionais da área da psicologia e conte com uma rede de apoio. Atualmente, também é possível se juntar a grupos de apoio no Brasil para famílias que vivenciam o luto perinatal.²⁷

POSFÁCIO

Muitas vezes, nós revivemos os nascimentos de nossas filhas ou filhos durante dias, semanas, meses e até anos. Rememorar a sua experiência de parto pode causar uma ampla variedade de emoções: você pode se sentir extática e extremamente próxima dos seus entes queridos e de sua ou seu bebê, especialmente se você se sentiu acolhida e respeitada durante todo o processo. Você também pode sentir alegria, surpresa e uma imensa sensação de realização.

Durante o trabalho de parto, me senti muito protegida e segura em meu ambiente com pessoas escolhidas por mim. A presença silenciosa da equipe, os objetos, sons e cheiros conhecidos foram essenciais para me entregar ao processo de parto. Foi um trabalho de parto intenso, desafiador, com muito choro; até duvidei que conseguiria em alguns momentos. Sentada na banqueta de parto, amparada pelo meu companheiro, com a doula e nossa filha sentadas na nossa frente ao lado da obstetrix, finalmente senti a força incontrolável. Um tempo depois de estar empurrando, senti o círculo de fogo. Estava prestes a conhecer minha bebê, que nasceu numa única contração, às 15h28. Que sensação deliciosa! Foi amparada pela obstetrix e chegou no meu colo toda molhadinha, quentinha, de olhos abertos. A pediatra cobriu com uma fraldinha aquecida. Chorando, eu falava: “Eu consegui!!! Eu consegui!!!”. Parecia um sonho, eu estava em êxtase. Levantei a fraldinha e descobri que era nosso menino. Lembro com carinho de várias mãos me apoiando, me ajudando a levantar. Fui para minha cama com ele no colo. Lá ficamos em família, curtindo nossa hora dourada com ele no peito, mamando. Um tempo depois, a placenta nasceu e, só depois, o cordão foi cortado pelo pai. A pediatra examinou e auxiliou a irmã para colocar a primeira roupinha. A obstetrix fez um carimbo da placenta em forma de árvore, a árvore da vida, uma lembrança muito especial desse dia. Às vezes, ainda me pergunto se tudo que vivi foi um sonho. Sinto até vontade de fazer tudo de novo, de parir de novo. Foi transformador para mim, realizei um sonho e descobri uma força que nem imaginava que eu tinha. Desejo que a cada dia mais e mais pessoas possam sentir tudo isso, da forma mais respeitosa e natural possível. E, para contribuir e retribuir tudo que recebi, tornei-me doula.

Relato de uma doula brasileira

Por outro lado, se complicações inesperadas, intervenções ou comentários e comportamentos desrespeitosos da equipe dominaram sua experiência de parto, você poderá sentir uma mistura confusa de alegria e decepção. Pode ser que você se sinta distante da sua ou do seu bebê. Não é incomum pedir desculpas por ter desejado mais (“não importa – afinal, minha ou meu bebê está saudável e isso é tudo o que conta”), se sentir triste ou culpada por não ter tido o parto que você queria. O pior de tudo é que você pode se culpar – “meu corpo simplesmente não funcionou bem” – em vez de reconhecer que você não obteve a ajuda que poderia ter resultado em algo diferente, ou que o parto é, no final das contas, imprevisível.

Apesar de ter ficado aliviada por tudo ter corrido bem e entusiasmada com a minha bebê, tive a sensação ruim de que tinha falhado de alguma forma. Mais tarde, eu superei a sensação de que a culpa era minha, mas eu ainda me sentia traída pela experiência de parto que tínhamos esperado e planejado. Às vezes, ainda não consigo deixar de sentir um pouco de inveja quando ouço as mulheres falarem sobre as suas experiências maravilhosas de parto.

Relato de uma estadunidense

É normal ter dúvidas, arrependimento, tristeza ou raiva vindo à tona ao longo do tempo. Converse com a pessoa que é sua parceira, com bons amigos e amigas ou procure ajuda psicológica para o seu bem-estar, compreensão e apoio. Grupos de mulheres e grupos de discussão on-line também podem ser úteis.

Se você estiver insatisfeita e quiser saber mais sobre o que aconteceu, obtenha uma cópia do seu prontuário, é seu direito. Compare-o com as suas memórias. Fale com profissionais e com outras pessoas que participaram do seu parto. Escreva para aquelas pessoas que você sente que não atenderam às suas necessidades; isso pode ajudá-las a se tornar mais sensíveis e respeitadas no futuro. Passar por alguns desses processos pode fazê-la se sentir mais em paz.

A transformação ao se tornar mãe é profunda; as exigências são enormes. Com um/a nova/o bebê, você passa a ter uma nova identidade e responsabilidades, uma conexão com alguém que, tendo sido parte de você por nove meses, agora se torna uma pessoa que precisa de sua ajuda e apoio vinte e quatro horas por dia. Embora haja pouco apoio do governo para novos pais nos Estados Unidos e no Brasil, muitas comunidades têm grupos ativos de doulas, redes de mulheres, apoio à amamentação ou organizações de novas mães e pais. Esses grupos oferecem ajuda muito necessária com o trabalho alegre, difícil, apaixonado e desafiador de ser mãe e de ser pai.

Mesmo agora, vinte e quatro anos após o nascimento da minha filha, ainda estou tentando entender como esse evento foi poderoso. É incrível como a experiência da gravidez, trabalho de parto e parto continua viva ao longo dos anos de minha vida, abrindo as portas do meu coração.

Relato de uma estadunidense

NOTAS

1. Destinado às mulheres e às/aos profissionais, o documento *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*, publicado em 2017 pelo Ministério da Saúde em conjunto com outras entidades, entre elas, representantes do movimento de mulheres, foi bastante importante para nós, por isso, sugerimos a leitura.
2. Maria do Carmo Leal *et al.*, “Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30 (suppl. 1), 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd>.
3. Gustavo Venturi e Tatau Godinho (org.), *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos*. Fundação Perseu Abramo, 2013.
4. Coletivo Margarida Alves, Cartilha - Violência obstétrica no abortamento, 2020. Disponível em: <https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/07/CARTILHA-VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA--WEB.pdf>.
5. O plano de parto é um documento, de caráter legal, que contém os desejos e as escolhas das mulheres com relação à assistência recebida durante todas as fases do trabalho de parto. Recomenda-se que as mulheres, ainda durante a gestação, se informem e construam um plano de parto.
6. Os dados podem ser consultados no DATASUS, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINAC), em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
7. Obstetizas são habilitadas para assistir as mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério. Essas profissionais promovem um cuidado centrado na mulher, baseando-se também em uma assistência digna e respeitosa e orientada por evidências científicas robustas. Segundo a complexidade do caso, as obstetizas têm a autonomia garantida com relação à assistência oferecida às mulheres de baixo risco/risco habitual. Atualmente, no Brasil, a graduação em Obstetrícia é oferecida apenas pela Universidade de São Paulo (USP). Além das obstetizas, também existem as enfermeiras obstetras no Brasil.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists, *Definition of term pregnancy. Committee Opinion N. 579*, 2013. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy>.

9. American College of Obstetricians and Gynecologists, “Prelabor rupture of membranes”. *ACOG Practice Bulletin*, n. 217, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32080050/>.
10. Maria do Carmo Leal et al., “Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30 (suppl. 1), 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd>.
11. Zarco Alfrevik, Gillian M. L. Gyte, Declan Devane e Anna Cuthbert, “Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066/full>.
12. No Brasil, o direito de estar acompanhada é garantido pela Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/05) e deve ser assegurado em todos os equipamentos de saúde, sejam públicos ou privados.
13. Elizabeth R. Cluett, Ethel Burns e Anne Cuthbert, “Immersion in water during labour and birth”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub4/full>.
14. Maria do Carmo Leal et al., “Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual”, 2014.
15. Janesh K. Gupta, Akanksha Sood, G. Justus Hofmeyr e Josha P. Vogel, “Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/full>.
16. Kate F. Walker, Marion Kibuka, Jim G. Thornton e Nia W. Jones, “Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub4/full>.
17. G. Justus Hofmeyr, Joshua P. Vogel, Anna Cuthbert e Mandisa Singata, “Fundal pressure during the second stage of labour”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub2/full>.
18. Guillermo Carroli e Luciano Mignini, “Episiotomy for vaginal birth”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/full>.
19. Melania M. Amorim, Isaela Cristina Coutinho, Inês Melo e Leila Katz, “Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial”. *Reproductive Health*, v. 14, n. 1, 2017. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0315-4>.
20. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), *Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica*, 2018.
21. Kajsa Brimdyr, Karin Cadwell, Ann-Marie Widström, Kristin Svensson e Rayle Phillips, “The

- effect of labor medications on normal newborn behavior in the first hour after birth: A prospective cohort study”. *Early Human Development*, v. 132, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378219300945?via%3Dihub>.
22. A Portaria nº 2068/2016 do Ministério da Saúde prevê o direito ao alojamento conjunto de mãe e bebê, já que esse direito favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com apoio, promoção e proteção, de acordo com as necessidades da mulher e da/do recém-nascida/o, respeitando as características individuais Também, a Portaria nº 371/2014 prevê o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida. Mais informações em: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, *Maternidades e vulnerabilidades*, 2020. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Cartilha_Maternidade_e_Vulnerabilidades_versao-final-2020.pdf.
23. Jane Sandall et al, “Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children”. *Lancet*, v. 392, 2018.
24. Melania M. Amorim, Alex Sandro R. Souza e Ana Maria F Porto, “Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I”. *Femina*, v. 38, n. 8, 2010; Melania M. Amorim, Alex Sandro R. Souza e Ana Maria F Porto, “Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II”. *Femina*, v. 38, n. 9, 2010.
25. Elizabeth Davis e Debra Pascali-Bonaro, *Orgasmic birth: your guide to a safe, satisfying, and pre-surable birth experience*. Emmaus: Rodale Press, 2010.
26. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.
27. Rose Talamone, “Diretrizes orientam assistência ao luto por perda do bebê na gestação ou primeiros dias de vida”. *Jornal da USP*, 5 de novembro de 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencia-pesquisadora-organiza-diretrizes-para-a-assistencia-a-maes-e-familiares-no-luto-perinatal/>; Heloisa de Oliveira Salgado e Carla Andreucci Polido. *Como lidar: Luto Perinatal: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*. Ema Livros, 2018.
28. Se você passou por alguma situação de violência obstétrica e deseja denunciar, é importante, primeiramente, reunir documentos, como cópia do prontuário médico e o cartão de acompanhamento da gestação. Para a tomada de providências judiciais, você deve buscar o apoio de um/a advogada/o ou da defensoria pública de seu estado. A denúncia também pode ser realizada no Conselho de Classe da pessoa que praticou a violência, nas Ouvidorias do Hospital ou Secretaria de Saúde, e, se o hospital ou serviço de saúde for particular, na ANS, pelo telefone 0800701-9656 (ligação gratuita), pessoalmente ou pelo formulário contido no site, assim como no Procon de sua cidade.

OS PRIMEIROS MESES DA MATERNIDADE E DA PATERNIDADE

ESTE CAPÍTULO fará referência, em grande parte, às experiências e especificidades vividas por mulheres cis e homens trans no processo de maternidade e paternidade, respectivamente. No caso das mulheres trans, que também podem se tornar mães, pode não haver um reconhecimento ou uma representatividade, sobretudo no que tange às experiências corporais.

A maternidade e a paternidade mudam nossas vidas, e podem fazer com que nos perguntemos quem somos agora e se somos a mesma pessoa que costumávamos ser antes dela. Nossos sentimentos podem variar da euforia à exaustão, da confiança à incerteza. Muitos fatores afetam como encaramos esse período em nossas vidas: nossa saúde mental e física e a saúde da criança; nossos sentimentos sobre a experiência do parto ou da adoção; nossa habilidade de amamentar e cuidar de nossas filhas e filhos; e os tipos de recursos que temos e o apoio que recebemos de parceiras e parceiros, família, pessoas amigas e profissionais da saúde.

Muitas vezes, acabamos descobrindo que a maternidade e a paternidade nos trazem prazer, intimidade e reflexão. O parto e a amamentação nos dão novas dimensões a respeito de nossos corpos. Cuidando e dando carinho às nossas crianças, descobrimos novas dimensões do amor.

As minhas três experiências pós-parto foram alguns dos melhores momentos da minha vida. Me senti centrada e verdadeiramente satisfeita, de uma forma que eu nunca havia me sentido antes, ou ao menos entre um parto e outro. Estar com meus filhos me deu uma alegria imensa.

Ao mesmo tempo, quase todas as pessoas passam por dificuldades ao transitar pelas mudanças que a maternidade e a paternidade trazem.

Durante aquelas primeiras semanas, às vezes eu não sabia onde a criança terminava e eu começava. Sentia que havia perdido meu eu anterior e que estava cansada demais para encontrá-lo de novo, tanto física quanto emocionalmente. Mas eu também estava descobrindo uma nova parte de mim mesma que não conhecia antes: sentimentos intensos e inesperados pela criança, o ressurgimento do amor pela minha mãe e conexão com outras mulheres. Eu ia do desespero a sentimentos esmagadores de sensibilidade, tudo no período de uma hora.

Este capítulo foca os primeiros meses da maternidade e paternidade, incluindo a recuperação física da gestação e do parto; amamentação, saúde e bem estar; mudanças em nossos relacionamentos; preocupações emocionais; e algumas das condições mentais e físicas mais comuns que podemos experimentar nesses meses.

A RECUPERAÇÃO FÍSICA

Os momentos e as horas imediatamente após o parto são um período importante para o descanso e para a recuperação do árduo trabalho de trazer sua ou seu bebê ao mundo. Apesar da euforia e das sensações energizantes que costumam vir após o parto, poder descansar nesses primeiros dias pode ajudar a ter uma recuperação mais rápida, fácil e completa.

Dei à luz minha filha em uma casa de parto e, no dia seguinte, já estava de volta à minha própria cama. Meus amigos me trouxeram refeições durante a primeira semana para que eu e meu companheiro pudéssemos aproveitar a experiência da nossa nova família. Minha mãe veio depois, quando meu companheiro havia voltado ao trabalho, e ter por perto aquele par de mãos extra e mais uma presença de cuidado realmente me ajudou naqueles primeiros dias.

Em relação ao tempo de permanência após o parto, a prática hospitalar de costume no Brasil é ficar na maternidade de um a dois dias após um parto normal e de dois a três dias depois após uma cesárea. No sistema privado, muitas vezes, é possível discutir com a profissional da saúde que a acompanhou no parto normal sobre quando deveria ser seu retorno para casa, a depender de como você e sua criança estão. Se der à luz em uma casa de parto, você pode ser liberada em questão de horas após o parto, mas o cuidado pós-parto costuma incluir retornos à casa de parto, além de contato telefônico frequente com a parteira ou enfermeira durante as primeiras semanas.

É direito de todas e todos os bebês no nosso país a realização de alguns exames após o nascimento. Quando a alta ocorre após 48 horas, é possível que todos os exames sejam realizados na instituição; caso você tenha alta precoce (em menos de 48 horas), você terá que levar sua bebê ou seu bebê até uma instituição de referência para realizá-los. Os testes incluem: Linguinha e Reflexo vermelho (podem ser realizados a qualquer hora após o nascimento), Coraçõzinho (24 horas após o nascimento), Pezinho (após 48 horas e até 28 dias de vida) e Orelhinha (entre 48 e 72 horas de vida).

Além das maternidades e casas de parto, também é possível dar à luz na sua casa, desde que sua gestação seja de risco habitual. Porém, no Brasil, essa opção só está disponível no sistema privado. O parto domiciliar planejado envolve a contratação de equipes treinadas para isso, as quais, em geral, são compostas por parteiras (obstetrias e/ou enfermeiras obstetras), sendo que, algumas vezes, as famílias optam pela presença de uma pediatra neonatologista. Caso aconteça alguma intercorrência durante o seu parto domiciliar, você será transferida para a maternidade de referência previamente combinada entre vocês. Visitas domiciliares pós-parto também costumam acontecer depois de partos domiciliares.

MUDANÇAS CORPORAIS

Quer você tenha tido um parto rápido ou longo ou tenha precisado de intervenções médicas, seu corpo vai passar por muitas mudanças nas horas e dias seguintes a dar à luz.

Por pelo menos duas semanas, seu útero ainda vai estar em estado de expansão e você ainda pode parecer gestante. É possível que se sinta mais confortável usando as roupas que usava na gravidez e itens mais largos no geral. Quer você amamente ou não, seus seios irão inchar e podem vazar leite, principalmente à noite, quando o corpo produz níveis mais altos do hormônio chamado prolactina. Um sutiã para amamentação acompanhado de absorventes ou um pano para os seios podem te deixar confortável ao longo dessas mudanças, que, para a maior parte de nós, só dura algumas semanas. Troque os absorventes ou panos com frequência para manter seus seios secos. Inchaço nas pernas, nos pés e nas mãos é comum durante vários dias após dar à luz. Caso o inchaço seja intenso, caso sinta dor em uma ou em ambas as pernas ou caso você esteja inchada mais de um lado do que do outro, fale com a sua parteira ou médica/o, pois esses sintomas podem ser um sinal de trombose venosa.

Sentindo-se dolorida

Quase sempre, quem dá à luz sente alguma parte do corpo dolorida após o trabalho de parto. Dor nas costas e outras dores podem ser o resultado do esforço físico do parto ou de alguma posição em particular do trabalho de parto. Essas dores são

normais durante os primeiros dias. Relaxar em uma banheira, receber massagem e se movimentar podem ajudar a aliviar a sensação geral de estar dolorida. Preste atenção na sua postura enquanto seu corpo reajusta seu centro de gravidade e use travesseiros para apoiar o alinhamento do seu corpo enquanto descansa ou amamenta. A cicatriz da cesárea também pode incomodar no processo de cicatrização; é importante lavar e manter a região seca, observando sinais de inflamação ou secreção de líquidos.

Corrimento vaginal (lóquios)

Tanto quem passou por um parto normal quanto quem passou por uma cesárea têm corrimento vaginal após dar à luz. Esse corrimento, chamado de lóquios, é sangue misturado com material do revestimento uterino em que o feto se apoiava no útero. No início, é vermelho; depois, começa a clarear, passando por uma coloração rosada, marrom, transparente ou amarelada, até finalmente parar, de quatro a oito semanas após o parto. Talvez o seu sangramento não passe por todas essas cores, pois cada organismo funciona de um jeito. Quem fez cesárea pode ter lóquios por um período mais curto, já que grande parte desse material é removido ainda durante a cirurgia.

Seu sangramento pode se tornar mais intenso por um ou dois dias quando voltar a ser mais ativa. Se isso ocorrer, pode ser que esteja fazendo esforço demais. Tente descansar por mais um dia.

Eu não tinha ideia de que sangraria por muitos dias no pós-parto, e isso me deu uma espécie de alergia na vulva pelo excesso de uso de absorventes. Algumas dicas que eu soube depois: comprar diferentes marcas de absorventes descartáveis e ir mudando, ou melhor ainda, tentar usar absorvente de pano ou ter vários pedaços de tecido (tipo fralda de pano de bebê) e colocá-los entre o absorvente e a vulva para protegê-la do excesso de química dos absorventes industrializados.

Cólicas

Assim como o lóquios, cólicas uterinas fazem parte da recuperação do parto. As cólicas são um sinal de que seu útero está se contraindo e voltando ao tamanho normal. Cólicas uterinas são mais intensas no momento da amamentação e essas dores uterinas costumam parar até o terceiro dia após o parto.

Para aliviar as cólicas, coloque um travesseiro ou uma bolsa quente sobre seu abdômen, deite-se de barriga para baixo, se for confortável, ou deite-se de lado com um travesseiro entre as pernas e sobre sua barriga. Você pode tomar os remédios que foram prescritos após o parto, inclusive se a cólica piorar durante a amamentação.

Quando procurar ajuda profissional

Apesar de poucas pessoas terem problemas sérios após darem à luz, os primeiros dias são um período importante para ficar alerta para sinais de complicações, como sangramento excessivo, infecção ou complicações cirúrgicas decorrentes de uma cesárea. Procure imediatamente o serviço de saúde de referência ou faça contato com a equipe que atendeu você se tiver qualquer um desses sintomas:

- você precisou usar mais de um absorvente de fluxo intenso em menos de uma hora ou expeliu coágulos maiores do que o tamanho de um ovo;
- está com febre de mais de 38°C;
- seu abdômen dói quando você o pressiona;
- está com dor intensa na área da incisão da cesárea, no períneo ou na vagina;
- está com dor ou um inchaço alarmante em uma das pernas;
- está com corrimentos vaginais de cheiro forte (o cheiro normal é parecido ao do sangue menstrual).

Dor no períneo

É comum sentir dor no períneo após o parto, tanto por causa dos pontos de sutura (caso tenham sido necessários) quanto pela expansão gerada no parto e pelas pequenas escoriações na mucosa vaginal e na vulva. Pode ser que você se sinta desconfortável ao andar ou se sentar.

Durante o período inicial de recuperação, ou mais especificamente nas primeiras 24 horas, muitas pessoas se sentem melhores ao colocar compressas com gelo na região, o que não apenas auxilia no alívio da dor, mas também pode reduzir o inchaço no local. Você pode colocar absorventes descartáveis no congelador para depois usar na região do períneo. A maneira correta de se fazer isso é: coloque os absorventes abertos separadamente dentro de um saco plástico limpo (de preferência aqueles descartáveis usados para congelamento); depois, retire um de cada vez e coloque-os sem o plástico diretamente em contato com a vulva. Usar gelo somente se necessário, pois é importante manter a circulação sanguínea normalmente na região do períneo, para que lacerações possam ser cicatrizadas. Caso sinta ardor ao urinar, deixe um borrifador ou garrafinha de água próximo ao vaso sanitário para você molhar o períneo enquanto urina. Isso vai diluir a urina e reduzir a dor. Você também pode tomar os analgésicos que foram prescritos para a dor no períneo.

Dores após cesárea

Se você tiver feito uma cesárea, pode ser que precise de medicamentos para dores mais fortes. Essas medicações são prescritas no momento da alta hospitalar e você será orientada sobre como tomá-las; elas podem ser fundamentais para aliviar as dores da

cirurgia. Durante o primeiro dia no hospital, você pode precisar de medicação endovenosa, seguida de uma mudança gradual para remédios que podem ser ingeridos oralmente. Desde que você se sinta disposta, pode se alimentar normalmente após o parto com uma dieta variada. Coma o que sentir que vai aguentar e, caso sinta falta de apetite, comente isso com a equipe de saúde. Quando for para casa, provavelmente dois a três dias após a operação, pode ser que você continue precisando dos remédios prescritos para o alívio de dores; essas medicações a auxiliam a cuidar de você mesma e de sua filha ou filho de maneira confortável. Em alguns casos, as medicações precisam ser usadas por mais tempo, até duas ou três semanas após ter voltado para casa.

Mudanças urinárias e intestinais

Pode ser que você não evacue nos primeiros dias após o parto, porém é importante lançar mão de recursos para que possa evacuar sem dificuldades. Para facilitar a primeira evacuação e prevenir constipações futuras, beba bastante água, se mova assim que possível após o parto (provavelmente levará um dia para que você possa andar de novo após a cesárea) e coma muitas frutas, vegetais e fibras. Ameixas, suco de ameixa ou algum composto de fibras prescritos pela equipe de saúde também podem ajudar com a constipação.

As evacuações podem ser desconfortáveis se você tiver pontos na região do períneo ou caso tenha desenvolvido problemas de hemorroida durante a gravidez ou após o parto. Pressionar uma boa quantidade de papel higiênico no períneo durante a evacuação pode ajudar a reduzir o desconforto. Bolsas térmicas resfriadas na geladeira ou infusões com hamamélis em uma bacia ou banheira podem ajudar no desconforto causado por hemorroidas (se suas hemorroidas forem muito desconfortáveis, converse com sua médica ou médico sobre remédios em creme e supositórios que podem ajudar na melhora das dores).

Depois de dar à luz, seu corpo se livra do volume de fluidos em excesso que acumulou durante a gravidez. É provável que você precise urinar com frequência e bastante. Algumas pessoas têm dificuldade de esvaziar a bexiga após o parto por causa do inchaço; para isso acontecer de forma natural, você pode tentar ficar um pouco mais de tempo sentada após terminar de urinar para verificar se esvaziou toda a bexiga. Às vezes, ainda na maternidade, pode ser necessário usar uma sonda urinária temporária.

Você pode sentir fraqueza nos músculos pélvicos, o que pode levar à incontinência urinária. Você também pode ter incontinência intestinal ou de gases por conta da fraqueza nos músculos do assoalho pélvico. É importante retomar aos poucos a prática de atividade física após a gestação para fortalecimento de todos os músculos, inclusive os músculos pélvicos. Caso persista a incontinência, peça orientação à sua equipe de saúde, pois ela poderá encaminhá-la para um serviço de fisioterapia pélvica, que a ajudará a recuperar a força do assoalho pélvico com exercícios.

CANSAÇO

O cansaço é um fator da maior importância nos dias e nas semanas após dar à luz. Você está se recuperando dos esforços físicos do parto e, ao mesmo tempo, seu sono é constantemente interrompido pela criança. Se possível, peça para seu parceiro, sua parceira ou à pessoa que a estiver ajudando na maternidade para dormir no mesmo quarto que você – mesmo se estiver no hospital ou na maternidade – para que ela possa ajudá-la durante sua recuperação e facilitar sua conexão com sua filha ou filho.

Nos primeiros dias, seja em casa ou no hospital, escolha bem as visitas que vai receber. O trabalho dessas pessoas é ajudar você, não o contrário. Uma visita que interfira nas suas oportunidades de descanso deve ser evitada. Peça que pessoas amigas e familiares fiquem apenas por alguns minutos ou que façam a visita em outro momento, caso não tenha disposição para recebê-las. Muitas pessoas ficarão felizes de mostrar preocupação com você e generosidade de outras maneiras, como se oferecendo para cuidar de suas outras filhas e/ou filhos, resolver obrigações simples ou preparar refeições para a sua família. Se você está com disposição e sente que visitas são bem-vindas, comunique isso às pessoas que gostaria de receber. O importante é que você tenha plena noção de suas necessidades e peça para essas pessoas colaborarem com elas – ou peça que alguém comunique essas necessidades às pessoas por você.

Minha parteira me disse para ficar de pijama ou até mesmo para não sair da cama quando recebesse visitas. Foi um ótimo conselho. As pessoas não querem ficar muito tempo quando você está com aparência de cansada e age como se precisasse descansar – o que é verdade quando você acabou de dar à luz uma criança! Algumas amigas e amigos passaram mais tempo, mas ficaram com minha filha mais velha ou com meu marido em outro cômodo da casa enquanto eu dormia ou amamentava. Depois de cerca de uma semana, eu já me senti pronta para colocar roupas de verdade e ficar com minhas visitas e familiares no andar de baixo. Mesmo assim, fico feliz de ter sido mais cautelosa naqueles primeiros dias.

CUIDADOS PÓS-PARTO

É importante que o serviço de saúde de referência ou equipe que a acompanhou no parto atenda você em uma consulta cerca de uma ou duas semanas após o parto. Nessa consulta, devem checar sua pressão arterial, perguntar sobre sangramentos, avaliar como está sendo a amamentação e, se necessário, conversar sobre métodos contraceptivos. Caso tenha tido laceração ou passado por uma episiotomia ou cesárea, a/o profissional também deverá checar se você está se recuperando adequadamente. Os pontos da cesárea podem ser de diferentes tipos: alguns precisam ser removidos 10 a 14 dias após o parto e outros serão absorvidos pelo organismo; isso deve ser informado

pela equipe que atendeu seu parto na alta hospitalar. Essa mesma equipe também deverá informar se existe ou não necessidade de retorno à consulta para retirada dos pontos.

Além da consulta no pós-parto imediato, outra consulta com a parteira, enfermeira ou médica ou médico costuma ser marcada para entre seis e oito semanas após o parto. Nessa consulta, verifica-se se os lóquios cessaram ou se estão perto de cessar e se o útero retornou ao tamanho normal pré-gravidez, além de ser feita a checagem da pressão arterial e outros exames físicos, que podem ser realizados em função das questões que você levar à consulta. Se você não quiser engravidar de novo imediatamente, discuta opções de métodos contraceptivos, caso ainda não tenha feito isso logo após o nascimento da criança.

Para muitas pessoas, considera-se apropriado realizar o cuidado pós-parto seguindo essas diretrizes. Após seis semanas, já é possível se sentir bem o suficiente para lidar por conta própria com qualquer questão de saúde que venha a persistir.

O pós-parto com mais de 45 dias é chamado de puerpério remoto, e existem queixas que podem e devem ser observadas nesse período. Perceba como está o controle da urina e das fezes; caso tenha retomado relações sexuais com penetração, veja se sente dor ou incômodos ou se não sente confiança para retomar sua vida sexual. Sintomas emocionais ou psicológicos que possam estar perturbando você, ou mesmo dores físicas, como dor nas costas ou em alguma parte do seu corpo, são motivos para procurar ajuda especializada.

Outra queixa comum para quem teve uma cesárea é dor no local da cicatriz por mais de seis meses. Algumas mulheres também apresentam o surgimento de doenças crônicas, como pressão alta, diabetes ou distúrbios de humor – tanto durante a gravidez quanto depois dela. Se o seu período pós-parto terminou de acordo com as previsões médicas padrão, mas você ainda sente desconforto ou está com outros problemas de saúde, não hesite em solicitar o acompanhamento de sua equipe de saúde de costume.

Maternidade e paternidade através da adoção

No encontro do grupo de mães, pude compartilhar o meu relato de puerpério na adoção algumas semanas após a chegada da minha filha em casa. Dias intensos de entrega, alegria, dedicação, aprendizado sobre o novo e desconhecido. Me vi assim: uma mãe recém-nascida de um dia para o outro após uma longa e desejante espera. Ali, com as dores emocionais da expectativa de ser uma boa mãe e, ao mesmo tempo, avaliada pela equipe técnica e pela sociedade. Sentimentos ambivalentes corriam pelo meu ser: afeto, alegria, realização, estresse, medo e cansaço. E o puerpério emocional na adoção foi uma longa jornada de conexão, potência e criatividade. De me sentir

amada e solitária, uma estranha no meu próprio corpo e na minha própria casa. Ao mesmo tempo, como uma exploradora incansável desse novo mundo e da minha filha, um ser encantador. Muito colo para ela e para mim. Estudei, pedi ajuda, contei e ouvi relatos de outras famílias. E o amor foi sendo construído nas noites em claro, dormindo juntas e de muito colo, nos nossos choros indecifráveis e longos dias de exaustão, nos cuidados e troca de afeto, nos sorrisos, abraços e brincadeiras. Até que um dia ser mãe dela já era tão natural quanto ser quem eu sou.

Para saber mais, veja as seções “Adoção” e “Considerando a maternidade”.

CONHECENDO SUA BEBÊ

CONEXÃO INICIAL: CRIANDO UM VÍNCULO SAUDÁVEL COM A CRIANÇA

O parto é um momento em que nosso corpo produz altíssimas doses de ocitocina. Conhecida como hormônio do amor, entre suas diversas funções, a ocitocina também é responsável por aumentar nossa sensação de bem-estar e felicidade e por nos deixar predispostas a nos envolver de forma afetuosa com as pessoas. Assim como outros mamíferos, os humanos recém-nascidos vêm ao mundo com comportamentos que ajudam a garantir que eles sejam protegidos e recebam cuidado. Está dado um cenário propício para que a conexão da criança com sua família se inicie.

Apesar de a conexão acontecer como parte de todo o contínuo processo de gravidez, trabalho de parto e nascimento, nós não precisamos ter dado à luz nossas filhas e filhos para sentirmos essa ligação. Mães e pais adotivos também formam laços emocionais profundos com bebês e crianças através dos cuidados diários.

Estudos indicam que há um período sensível próximo ao nascimento em que é mais fácil garantir que esses laços sejam estabelecidos, devido ao estado hormonal do puerpério, chamado de hora dourada, que acontece na primeira hora após o nascimento. A qualidade da assistência obstétrica (se respeitosa ou violenta), a experiência vivida no parto (negativa ou positiva) e a ocorrência ou não de intercorrências e de alguns procedimentos no parto e depois do nascimento podem afetar esse período sensível. Certos acontecimentos, como hemorragia pós-parto, reanimação neonatal, alguns medicamentos administrados durante o trabalho de parto, cesárea, ausência de contato pele a pele na primeira hora após o nascimento e separação entre bebês e suas famílias após o nascimento podem dificultar o estabelecimento do vínculo e da conexão inicial, o que, é claro, pode ser superado, especialmente se houver suporte emocional bom o suficiente durante o trabalho de parto e após o parto. No entanto,

todos os esforços devem ser feitos para que haja o mínimo dessas interrupções, para que a família tenha um bom começo.

A maioria das crianças recém-nascidas fica bastante alerta durante a primeira ou as duas primeiras horas após o parto. Esse período é ideal para vivenciar o contato pele a pele com a criança e começar a amamentar. Depois do período de alerta inicial, muitas passam por um período de sono que costuma durar entre três a cinco horas. Esse é um ótimo momento para você se recuperar – descansando, comendo, tomando um banho e relaxando.

Talvez você passe por circunstâncias inesperadas que atrasem o contato com sua filha ou filho. Seja paciente e criativa em seus esforços para se conectar com sua criança. Se você ou a bebê precisar de cuidado médico especial e você não puder segurá-la por um tempo, converse com ela, cante e se faça presente o máximo possível, sempre tendo em vista a situação e a saúde de vocês. Se tiver complicações médicas que atrasem o contato, peça a outra pessoa da família que segure sua bebê. Se sentir emoções conflituosas que compliquem sua capacidade de se conectar com sua bebê nesse contato imediato, se dê permissão de estabelecer esse laço em seu próprio ritmo. Você vai construir seu relacionamento com a bebê com o passar do tempo, independentemente de quando e como ele foi iniciado.

O SONO

No Brasil, cada vez mais os hospitais têm implementado uma política em que mães e bebês ficam no mesmo quarto após o nascimento e podem receber os devidos cuidados juntas. Isso é conhecido como Alojamento Conjunto. É uma oportunidade para que a amamentação e os cuidados com a bebê se iniciem com o auxílio da equipe de enfermagem e para que a família se sinta mais segura e capaz de dar continuidade ao processo em casa. Ainda assim, muitos hospitais, em especial da rede privada, levam bebês a um berçário central logo após o nascimento para um curto período de observação e para a realização de certos procedimentos, como checagem de peso ou administração de medicamentos durante a internação, especialmente se o nascimento foi por cesárea. No entanto, se você e/ou sua ou seu acompanhante puderem cuidar da criança, você pode solicitar que sua bebê fique no quarto com você o tempo todo.

Eu tive a minha hora dourada, que durou bem mais de uma hora, e então eles disseram que iam subir com meu filho para o meu quarto e que, quando eu chegasse lá, ele estaria me esperando. Ele ficou bem mais do que três ou quatro horas no berçário. Lembro que falei para o meu marido: “se ele não aparecer aqui em cinco minutos, você vai lá no berçário e pega à força”. Em dois minutos o trouxeram.

O alojamento conjunto ajudará você e sua filha ou filho a se conhecerem. Por exemplo, geralmente, uma mãe que fica com sua bebê vai se familiarizar rapidamente com os sinais dados pela criança de que está com fome, fez xixi ou de que precisa de alguma outra forma de atenção muito antes de começar a chorar. O alojamento conjunto também pode facilitar a amamentação e o contato físico mais frequentes. Quer você esteja em casa, casa de parto ou em um hospital ou maternidade, você pode acariciar sua bebê e ficar pele com pele após as sessões de amamentação. Você também pode levar um *sling* para que possa confortar sua bebê com seu calor, cheiro e movimentos, mantendo as mãos livres.

Quando você estiver em casa, a criança pode dormir em um berço, moisés, berço acoplável ou na cama com você (essa prática é conhecida como cama compartilhada ou *breastsleeping*). Para reduzir o risco da síndrome da morte súbita do lactente (SMSL), sempre faça com que a bebê durma de barriga para cima, em um colchão firme, sem estar vestida de forma excessiva e/ou com toucas e sem a presença de nenhum outro objeto além do lençol bem preso sob o colchão. Crie um espaço seguro onde a criança tenha proteção contra quedas e coisas que poderiam acidentalmente sufocar, incluindo colchas, mantas, edredons, protetores de berço, ninhos ou redutores de berço, posicionadores, almofadas, naninhas, brinquedos de pelúcia, móveis, decoração, cordões nas roupas e travesseiros. Amamentar (mesmo que aleitamento misto), manter as vacinas em dia e frequentar as consultas de pré-natal também protegem.

Algumas pesquisas indicam que compartilhar a cama pode aumentar a incidência de SMSL, principalmente se a criança estiver dormindo em uma cama macia ou de bruços. Embora seja o posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria, esse é um tópico controverso. Uma revisão da literatura sugere que o aumento de SMSL que tem sido associado ao compartilhamento da cama está provavelmente relacionado a outros fatores, como: compartilhar cama com uma pessoa adulta obesa ou que fez uso de substância que altera o estado de consciência, como álcool e ansiolíticos; bebê com menos de 3 meses de idade; se a criança é prematura, nasceu com baixo peso ou não está sendo amamentada; presença de objetos na cama, como cobertores, ou o uso, pelos adultos, de pijamas com cordões; condições de habitação superlotada e/ou quando o sono ocorre em uma cama d'água ou sofá macio ou a bebê é colocada sob um edredom pesado.

Apesar de o compartilhamento de cama ser controverso, compartilhar o mesmo quarto não é. Ter sua criança perto de você durante o sono permite que você e ela respondam uma à outra com mais facilidade do que se estivessem em quartos separados. Também pode reduzir o risco de SMSL. A recomendação é que o quarto seja compartilhado por pelo menos seis meses e, idealmente, por todo o primeiro ano ou mais.

AMAMENTAÇÃO

Eu tinha lido todos os livros sobre como o leite materno é bom para bebês e queria amamentar minha filha, mas, antes de ela nascer, ainda me sentia um pouco estranha a respeito disso. Nunca tive nenhuma experiência como essa antes, então não sabia como seria ter essa pequenina sugando meu seio quase vinte e quatro horas por dia. Eu estava quase desejando que, no fundo, a fórmula fosse melhor para bebês. Aí, depois do parto, quando ainda estávamos no hospital e começamos a tentar amamentar, eu tive essa mudança total de atitude. Eu pensei: “isso não é tão estranho quanto pensei que seria. Isso é uma coisa de ligação”.

Muitas pessoas possuem grande prazer e orgulho na capacidade do próprio corpo de criar e alimentar uma nova vida. Além disso, a amamentação oferece muitos benefícios, tanto para a família quanto para a sociedade. O leite humano fornece o equilíbrio certo de nutrientes, adaptando-se às mudanças das necessidades à medida que a/o bebê cresce nos primeiros meses de vida. Possui propriedades nutricionais únicas que beneficiam a saúde infantil e que não estão disponíveis em fórmulas. Bebês que se alimentam com fórmula têm maior probabilidade do que bebês que são amamentados de desenvolver infecções de ouvido, diarreia, asma, alergias, diabetes e infecções do trato respiratório.

Quem não amamenta também pode ter sua saúde afetada, uma vez que a não amamentação apresenta maior probabilidade de desenvolvimento de câncer de mama, câncer de ovário e diabetes tipo 2. Ademais, tanto a ausência da amamentação quanto a amamentação exercida por um curto período de tempo representam maior probabilidade de depressão pós-parto.

QUANDO AMAMENTAR NÃO É UMA OPÇÃO

Apesar de a maioria das gestantes desejar amamentar, não podemos presumir que essa situação seja unânime. Uma justificativa comumente associada à falta de desejo de amamentar é o receio de que as mamas se tornem flácidas em decorrência da amamentação. Embora seja uma preocupação genuína, não é exatamente o que acontece. Durante a gestação, há modificação de células da mama para que ocorra a produção de leite. Acontece que, ocorrendo ou não a amamentação, as células que foram transformadas não voltam a ser exatamente como eram antes da gestação, o que pode tornar a estrutura da mama menos firme. Ou seja, não é exatamente o ato de amamentar que pode contribuir para a flacidez mamária, mas parte das mudanças fisiológicas da gestação. É importante reforçar que outros fatores, como predisposição

genética, alteração de peso e o passar dos anos também contribuem para modificações no formato das mamas.

Além da preocupação com a estética, a falta de desejo de amamentar pode acontecer por questões sociais, como ausência de licença-maternidade, sobrecarga familiar, falta de rede de apoio, amamentação anterior traumática ou sem sucesso, medo de sentir dor ou de passar por dificuldades na amamentação (tal qual pode ter ocorrido com familiares ou pessoas próximas) ou, até mesmo, uma crença de que não será capaz de produzir leite suficiente. Se esse for o seu caso, conversar com sua rede de apoio, com as/os profissionais que a acompanham no pré-natal, com uma consultora de lactação e/ou com pessoas que participam de grupos de apoio à amamentação pode ajudá-la. Além disso, atualmente há uma vasta disponibilidade de informações de fácil acesso e fontes confiáveis na internet e em livros como este. Assim como no parto, obter informação antes de viver o momento da amamentação tende a auxiliar no enfrentamento de medos e dificuldades e na elaboração de um plano de ação que ajude a superar as possíveis dificuldades.

Algumas pessoas poderão receber recomendação de não amamentar, seja por alguns dias ou em definitivo, por estarem vivendo alguma das raras situações em que a amamentação pode oferecer um risco à saúde da criança ou de quem amamenta. A recomendação de suspensão temporária da amamentação acontece quando há lesões causadas por herpes, varicela (catapora) ou sífilis na pele da mama, aréola ou mamilo; durante a fase aguda da doença de Chagas ou caso haja sangramento no mamilo; no caso de doenças como brucelose, leptospirose, coqueluche, citomegalovírus e algumas doenças parasitárias; se houver abscesso mamário sem uso de antibiótico; quando a pessoa lactante faz uso de drogas ilícitas e/ou de álcool ou realizou exames com radiofármacos. Em algumas dessas situações, é possível amamentar na outra mama ou ordenhar o leite e oferecê-lo para a criança em um copinho ou colher dosadora. Em todo caso, a melhor recomendação é conversar com a equipe de saúde ou de pediatria que atende você, ou ainda com uma consultora de lactação ou profissional do banco de leite para individualizar os cuidados para a sua situação.

Algumas condições da criança também podem necessitar de suspensão da amamentação, como fenilcetonúria; galactosemia; intolerância à glicose ou a algum componente do leite (caso a mãe não deseje ou não possa fazer dieta); hiperbilirrubinemia, cardiopatia e pneumonia graves; síndrome da urina de xarope do bordo; malformações na orofaringe, esôfago ou traqueia; e alterações da consciência da criança.

A contra indicação definitiva da amamentação, no Brasil, envolve pessoas vivendo com HIV e/ou HTLV, hepatite, câncer de mama e distúrbios da consciência ou de comportamento graves. Independente do motivo, o impedimento ou o não desejo de amamentar precisa ser acolhido e respeitado pelas pessoas à sua volta, e a equipe de saúde que assistir o parto deverá avaliar e discutir com você um protocolo para

inibição da lactação, que poderá incluir enfaixamento das mamas e/ou uso de medicamentos, além de oferecer medidas de prevenção de ingurgitamento até que a produção de leite se encerre.

É importante ressaltar também que o aleitamento cruzado, isto é, quando uma pessoa amamenta uma filha ou filho que não é seu, é sempre contra indicado por apresentar riscos à saúde da criança. Além disso, há quem não queira ou não possa amamentar. Nessas circunstâncias, a fórmula infantil é uma alternativa imprescindível.

A DECISÃO DE AMAMENTAR

Me lembro de quando tinha cinco anos de idade, vendo minha mãe amamentar meu irmão mais novo. Ele nasceu por fórceps e, por isso, tinha um arranhão na bochecha, perto da orelha. Minha mãe me disse que tomaria vitamina C extra, que daria leite materno para ajudar ele a se curar e crescer. Me lembro dela dizendo: “embora muitas mulheres não amamentem, nesta família, amamentamos todas as nossas crianças!”. Cada vez que ela cuidava dele, eu subia no sofá ao lado dela e observava sua bochecha sarar. E, anos depois, quando entregaram minha própria recém-nascida aos meus braços, senti o amor de minha mãe e de minha avó através da memória de “nesta família, amamentamos todas as nossas crianças!”.

As atitudes e assistência das pessoas ao seu redor desempenham um papel significativo no apoio à amamentação. Muitas gestantes tomam a decisão de amamentar antes do nascimento de suas filhas e filhos ou, até mesmo, da gestação, embora tantas outras não planejem com antecedência e, ainda assim, consigam ter sucesso na amamentação. No entanto, planejar com antecedência pode ser útil. Você pode começar se inscrevendo em um curso de amamentação pago ou procurando por grupo de educação perinatal em uma UBS, comprando sutiãs e almofadas de amamentação e escolhendo os locais de parto e as opções de alívio da dor que aumentarão suas chances de amamentar com sucesso. Ter os números de telefone de consultoras de lactação locais e do Banco de Leite Humano (BLH) mais próximo também pode ser útil.

Algumas pessoas hesitam em amamentar por vários motivos. Podem ficar preocupadas em expor os seios em público, podem não conhecer outras mulheres que amamentam ou podem nunca ter visto ninguém amamentando antes. Se você está tentando decidir se quer amamentar ou não, aprenda mais sobre amamentação. Peça às mães que amamentam, amigas ou parentes, para compartilhar suas histórias com você e responder a perguntas e preocupações que possa ter. Você também pode querer participar de um grupo de apoio à amamentação local ou virtual para conhecer outras mães que amamentam e conversar sobre amamentação.

Às vezes, muitas mulheres pensam que foram elas que tomaram a decisão de não amamentar, mas na realidade é possível que elas tenham sido levadas à essa decisão devido à falta de apoio estrutural. Por exemplo, o local onde você teve ou terá seu parto ou a Unidade de Saúde que a atende não foi uma boa fonte de apoio para a amamentação; talvez você tenha precisado voltar ao trabalho em poucas semanas e “decidiu” não amamentar por esse fator e por desconhecer como ordenhar, congelar leite, por exemplo. Mas amamentar por qualquer período de tempo é melhor do que nada, por causa dos benefícios que traz para a saúde, tanto para você quanto para sua filha ou filho. Você também pode descobrir que é capaz de superar ou contornar algumas das inibições físicas ou emocionais e obstáculos que inicialmente a desencorajaram de tentar, em especial se receber apoio da família, comunidade e profissionais de saúde.

Procurando ajuda para amamentar

Quer você tenha apenas uma pergunta simples, precise resolver um pequeno problema ou esteja enfrentando desafios mais sérios com a amamentação, há fontes confiáveis e recursos disponíveis para ajudá-la. Amigas, vizinhas, irmãs, primas e outras pessoas que amamentaram podem, às vezes, dar conselhos imediatos, práticos e sábios. Além disso, a parteira, pediatra ou obstetra que te atende pode responder às suas perguntas. Outras boas fontes de ajuda para amamentar incluem:

- Os Bancos de Leite Humano (BLH), instituições de saúde do SUS que oferecem aconselhamento em amamentação, ações educativas e atendimentos de forma gratuita a qualquer lactante que necessitar. Lá, também ocorre a coleta ou recebimento de leite humano doado, seguida de sua análise, armazenamento e distribuição para crianças prematuras ou de baixo peso internadas em UTIs do país. Você poderá encontrar o BLH mais próximo da sua casa neste site: rblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-blh.
- As Unidades Básicas de Saúde (UBS), que também são instituições do SUS, onde você poderá procurar por profissionais que tenham treinamento para orientar a amamentação.
- Se você puder pagar pelo atendimento, há pessoas que são consultoras de lactação, as quais não são necessariamente profissionais da saúde e que, por isso, no Brasil, ainda não estão inseridas nas instituições de saúde, mas que receberam treinamento e capacitação para auxiliar famílias com o aleitamento humano.

COMEÇANDO BEM A AMAMENTAÇÃO

Amamentar significa construir um relacionamento com sua filha ou filho, e, como em qualquer relacionamento de longo prazo, estabelecê-lo exige paciência, dar e receber e, às vezes, muito trabalho. A maioria das crianças recém-nascidas saudáveis

estará pronta para mamar nos primeiros minutos após o nascimento. Logo depois que sua filha ou filho nascer, segure-a/o com a barriga encostada na sua. Nessa posição, ela ou ele poderá localizar o mamilo e começar a mamar por conta própria. As crianças que têm a oportunidade de iniciar o processo de alimentação por conta própria têm maior probabilidade de se alimentarem bem à medida que crescem. O colostro (às vezes chamado de “primeiro leite”) é o melhor combustível durante essa fase de aprendizado e já está presente nas mamas assim que o parto acontecer. Fazer o contato pele a pele frequente nos primeiros dias e manter a/o bebê no quarto à noite pode facilitar a amamentação e ajudá-la a descansar mais.

QUANDO A/O BEBÊ SE AGARRA AO SEIO

Eu tive sorte. Minhas filhas pegaram o peito assim que nasceram. Foi como se elas estivessem me mostrando como fazer.

Estabelecer uma boa “pega” ou posição para a amamentação é a coisa mais importante que você pode fazer para prevenir mamilos doloridos e outros problemas de amamentação. Uma pega correta não é dolorosa e permite que a/o bebê extraia uma quantidade adequada de leite da mama. Para a maioria das duplas de mamãe-bebê, paciência e prática são as chaves para estabelecer uma pega sem dor. Para começar, é importante saber como é uma boa pega. Peça a alguém com conhecimento sobre amamentação, como uma enfermeira, parteira ou especialista em lactação, para olhar a pega e dar instruções a você sobre como melhorar, se for o caso. Você também pode consultar livros e recursos on-line que mostram imagens de pega correta.

Observe e siga os sinais de sua bebê. Aprenda a responder aos sinais mais sutis de fome antes que ela ou ele fique agitado e comece a chorar. Entre os primeiros sinais de interesse pela comida estão os pequenos movimentos do corpo. Você notará sua criança movendo as mãos perto da cabeça, estalando ou lambendo os lábios, movimentando a boca, buscando com os lábios, virando a cabeça em resposta a qualquer coisa que toque a bochecha e balançando a cabeça. Bebês com um pouco de fome respondem ao cheiro do leite humano e à proximidade do mamilo abrindo bem a boca e abocanhando o mamilo e parte da aréola. Amamentar com intervalos curtos e várias vezes ao dia ajuda a aumentar suas chances de sucesso na amamentação, principalmente nos primeiros dias, até que o ganho de peso da bebê esteja consolidado. Leve sua ou seu bebê ao peito a qualquer sinal de fome e quando estiver acordada. Ficar no mesmo quarto de hospital com ela ou ele ajudará você a iniciar o aprendizado de reconhecer e responder a esses sinais de fome tendo mais segurança na sua própria capacidade.

Para fazer a pega correta, observe se tanto o mamilo quanto parte da aréola foram abocanhados pela/o bebê. Para ajudar sua criança a fazer isso, alinhe-a de forma que vocês fiquem de barrigas encostadas e o pescoço dela não esteja virado para o lado, ou seja, todo o corpo dela deve estar de frente para você, dos pés à cabeça. Passe a ponta do mamilo no nariz e bochechas da criança, de forma a estimular que ela comece a mover a cabeça e abrir a boca, procurando-o. Quando a boca de sua bebê estiver bem aberta, leve-a suavemente até o seio e insira todo o mamilo e o máximo da aréola quanto possível (achatar seu seio com o polegar e dedo indicador torna isso mais fácil). Observe que, ao introduzir o mamilo na boca da bebê, a ponta dele deve estar apontando para cima, em direção ao céu da boca. Além disso, o maxilar da bebê deve encostar ou afundar na mama, enquanto o nariz não encosta ou afunda nela. É importante levar a bebê até o mamilo, em vez de inclinar-se para a frente e empurrar o seio na direção dela. Enquanto mama, você observará que é possível ver mais pele da aréola próxima do lábio superior e menos ou nenhuma parte da aréola visível perto do lábio inferior da bebê, de modo que você e sua bebê poderão se olhar nos olhos livremente.



Figura 1 – Primeira mamada de Juliana e do bebê Caetano. © Bia Takata.

Assim que a/o bebê estabelecer a sucção, pare para olhar e ouvir. As bochechas devem tocar seu seio, escondendo a boca da criança. Os lábios dela/e, se você puder vê-los, devem estar virados ligeiramente para fora, longe do seu peito. Se os lábios es-

tiverem curvados para dentro ou para baixo, interrompa a sucção, colocando o dedo mínimo entre o mamilo e a boca da criança e tente novamente. O queixo deve estar firmemente plantado no peito. Uma boa posição e pega permitirão que você tenha um bom contato olho no olho com sua filha ou filho. Ouça os sons de engolir e uma mudança na respiração entre as sucções. Observe se as orelhas se movem, pois é um sinal de que ela ou ele está engolindo. Se sua bebê estiver posicionada corretamente, você não deverá sentir nenhuma dor. Se a mamada for dolorosa, peça ajuda a uma enfermeira, obstetriz ou especialista em lactação.

Ela pegou no peito imediatamente. Ah, que sensação gloriosa! Nada no mundo pode se comparar a isso. Tanto alívio físico e mental.

COMO LEVAR A CRIANÇA AO PEITO

1. Faça cócegas nos lábios ou bochechas da criança para encorajá-la a abrir a boca.
2. Posicione seu mamilo em direção ao céu da boca da criança e, quando abrir a boca, traga ela para o seio, com o queixo e a mandíbula primeiro.
3. Observe o lábio inferior e posicione-o o mais longe possível da base do mamilo, para que a língua da criança consiga envolver uma parte considerável do seio na boca.

Outra parte importante do estabelecimento de uma pega saudável é se familiarizar com algumas maneiras básicas de embalar a criança durante a amamentação. Enfermeiras, obstetrizes e consultoras de lactação frequentemente incentivam as mães a colocar as crianças recém-nascidas nas posições “invertida” e de “bola de futebol americano”. Ambas as posições de amamentação são relativamente fáceis de dominar e dão à mãe um bom controle da delicada cabeça e pescoço de sua filha ou filho. Pessoas com seios grandes podem enfrentar desafios específicos ou precisar experimentar posições diferentes. Em qualquer posição, é importante manter a cabeça alinhada ao seu corpo e manter a bebê com a cabeça, o peito, o umbigo e os joelhos voltados para você.

Se instruções detalhadas sobre a pega e o posicionamento fazem com que você fique confusa, é importante lembrar que a amamentação é, no fundo, uma habilidade que melhora com a repetição. Embora possa levar tempo e esforço para iniciar uma relação de amamentação saudável, em questão de dias ou semanas você e sua filha ou filho aprenderão juntas e estabelecerão um relacionamento. Ouvir e observar sua bebê em busca de dicas não é menos importante do que se preocupar com pegas perfeitas. Acredite em você e nela. Filtre opiniões inúteis e não solicitadas. Responda às

necessidades do seu corpo e de sua criança. E não hesite em procurar ajuda quando precisar e antes de ficar muito difícil, como muitas fazem.

Algumas crianças, especialmente as nascidas prematuramente, podem não ter uma sucção forte o suficiente para puxar o mamilo totalmente para a parte de trás da boca. Isso é necessário para tirar o leite da mama e iniciar o ciclo de sucção-respiração-deglutição. Elas também podem se cansar mais facilmente do que bebês nascidas a termo. Bebês sonolentas ou com icterícia podem preferir cochilar a mamar durante os primeiros dias de vida e podem precisar ser acordados com frequência para mamar. Em casos raros, bebês apresentam condições anatômicas que podem interferir no estabelecimento de uma pega saudável. Todas as mulheres e crianças com esses problemas deveriam ter uma especialista experiente em lactação à disposição, pois eles geralmente podem ser superados com cuidado e apoio individualizado.

Ele teve dificuldades para mamar logo de cara e estava gemendo um pouco para respirar. Ele tinha uma boa pega, mas não tinha força na sucção. Eu deixei que ele pegasse errado nos primeiros dias e acabei ficando com os mamilos doloridos e alimentando-o com colostro porque doía muito. A consultora de amamentação veio no segundo dia para verificar como estávamos... Levei algumas semanas para me adaptar totalmente à amamentação dele; ainda era desconfortável, mas não doloroso. Depois disso, pude amamentá-lo por quase dois anos sem problemas. Estou muito feliz por ter conseguido!

PADRÕES DAS PRIMEIRAS SEMANAS DE AMAMENTAÇÃO

Crianças recém-nascidas que mamam no peito precisam mamar pelo menos oito a doze vezes em um período de 24 horas. Toda essa sucção, ao mesmo tempo que fornece alimento para sua bebê, também estimula seus seios a aumentarem a produção de leite, de modo que, à medida que ela ou ele cresce, sua produção também aumenta.

A amamentação frequente é importante para a saúde e o desenvolvimento, bem como para aumentar a produção de leite, mas isso não significa que você precise seguir uma programação rígida. Amamente sempre que sua filha ou filho mostrar sinais de fome. Às vezes, bebês mamam em *cluster-feed* (a cada trinta a quarenta e cinco minutos, logo após ou antes de dormir) e, então, tiram cochilos mais longos.

Você pode se perguntar se sua criança está recebendo leite suficiente. Normalmente, você não precisa se preocupar com isso. A criança vai beber o que precisa e seu corpo vai fazer tudo o que for necessário para ela. A amamentação segue o princípio de que quanto mais a bebê sugar, mais leite você produzirá. Se sua

criança está mamando e crescendo, ela está bem. Ainda assim, nos primeiros dias, é bom observar outros sinais de que está mamando o suficiente.

O guia comum por muitos anos foi “pelo menos seis fraldas molhadas por dia”, uma vez que a bebê ingeriu leite maduro. No entanto, às vezes bebês urinam e evacuam ao mesmo tempo, e pode ser difícil dizer quantas vezes urinaram. As fraldas que contêm apenas urina devem estar bastante cheias a cada duas horas.

Bebês amamentadas geralmente têm evacuações bastante líquidas. A cor irá progredir de preto esverdeado no primeiro ou segundo dia para amarelo mostarda quando estiverem recebendo leite, a partir do terceiro dia. Durante as quatro primeiras semanas após o nascimento, sua bebê deve evacuar quatro ou mais vezes todos os dias; caso contrário, entre em contato com uma pessoa profissional da pediatria.

DESAFIOS DA AMAMENTAÇÃO

Mamilos doloridos

Tudo começou bem, a bebê pegou imediatamente e sugou bem, mas, depois, um dos meus mamilos rachou e era extremamente doloroso cada vez que ela mamava. E, então, o leite ficou preso em algum dos dutos desse mesmo seio. Com isso, eu precisava que ela mamasse mais desse lado para fazer o leite se mover, mas, toda vez que ela pegava, era como se alguém tivesse posto fogo no meu mamilo. Demorou seis semanas para superar tudo isso. Achei que não conseguiria, mas felizmente tive muito apoio do meu marido, da minha família, das parteiras e da consultora de amamentação.

Recursos sobre medicamentos e amamentação

Se uma médica ou médico sugerir que você tome medicamentos durante a amamentação, informe-se o máximo que puder sobre os efeitos deles nas pessoas que amamentam e em bebês. Há profissionais que, por não terem conhecimento sobre a segurança de tomar medicamentos enquanto se amamenta, pecam por excesso de cautela e dizem às lactantes que devem interromper temporariamente ou totalmente a amamentação. Na realidade, poucos medicamentos são realmente incompatíveis com a amamentação, embora às vezes seja necessário cautela ou monitoramento rigoroso. Fale com uma pessoa profissional dos cuidados da maternidade, com a/o pediatra da criança ou com uma pessoa especialista em lactação.

Você também pode consultar por conta própria a cartilha “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias”, produzida pelo Ministério da Saúde e disponível para download gratuito na internet. Uma outra forma de

verificar se o medicamento é compatível com a amamentação é consultando o site www.e-lactancia.org, que você pode acessar de qualquer dispositivo que tenha acesso à internet. Ele só está disponível nos idiomas inglês e espanhol, mas inserir na busca o nome dos princípios ativos do medicamento, em português, costuma ser suficiente para a identificação. Se o resultado aparecer com sinalização de cor verde, ele é compatível com a amamentação; se estiver em amarelo, melhor evitar; e, se aparecer um sinal em vermelho, o medicamento tem seu uso contraindicado durante a amamentação. Esse site também pode ser consultado para decidir sobre o uso de produtos estéticos, como alisantes capilares. Nesses casos, é recomendado pesquisar um a um os componentes do produto a ser usado.

Algumas lactantes reclamam de mamilos doloridos nos primeiros dias ou semanas – certo desconforto limitado ou sensibilidade é normal. Mas se você estiver piorando ao invés de melhorar, se sentir dor forte ou se os mamilos racharem ou sangrarem, consulte uma pessoa profissional de saúde ou especialista em amamentação imediatamente. Isso pode ser sinal de pega incorreta ou de algo mais sério, como uma infecção, que deve ser tratada o mais rápido possível.

A causa mais comum de dor nos mamilos é a pega incorreta. Ao mamar, sua criança pode estar “mastigando” a ponta do mamilo em vez de envolver e comprimir o máximo possível da aréola. A dor geralmente provém do posicionamento incorreto, de a criança não abrir a boca o suficiente ou da língua presa (anquiloglossia). Se você sentir dor no mamilo toda vez que sua bebê sugá-lo, retire-a do seio e mude de posição para que o mamilo se mova mais para trás na boca dela. Se isso não resolver o problema e você continuar sentindo dor, entre em contato com uma pessoa consultora de amamentação para obter conselhos sobre como melhorar a pega e peça para que seja verificada a possibilidade de língua presa (que pode ser corrigida com um procedimento simples).

Outra causa de dor nos mamilos é uma infecção por fungos, comumente conhecida como candidíase ou sapinho. O sapinho é uma infecção na boca da criança, que se espalha para os mamilos da mãe. Uma criança recém-nascida pode ter sapinho se a mãe teve uma infecção vaginal por fungos ao dar à luz ou se foi tratada com antibióticos após o parto. Quando infectados por candidíase, os mamilos podem apresentar coceira, inchaço, sensibilidade, descamação ou fissuras. Em peles negras, também ocorre descoloração e, em peles brancas, vermelhidão. Muitas mães com candidíase reclamam de forte queimação ou sensação de pontadas durante a amamentação. Se estiver com essa infecção, podem aparecer, no interior da boca de sua filha ou filho, manchas brancas e pegajosas que não se soltam se você as limpar com um pano macio ou com o dedo. Verifique com profissionais de cuidados pediátricos e obstétricos

o diagnóstico e o tratamento desse problema. É importante que você e sua bebê recebam tratamento; caso contrário, vocês podem ficar repassando a infecção entre si.

Ingurgitamento (quando seus seios estão muito cheios)

O ingurgitamento é um estado de excesso de volume na mama que é acompanhado por inchaço, brilho da pele, aumento da temperatura da mama, desconforto acentuado quando a mama é movida ou tocada e, se sua pele for branca, vermelhidão. O ingurgitamento pode ocorrer nos primeiros dias, enquanto o leite chega, ou depois que a amamentação já está bem estabelecida, principalmente se você passar mais tempo sem amamentar ou extrair o leite, como quando sua bebê dorme por períodos mais longos ou você volta ao trabalho.

Se o seu seio estiver muito duro e o mamilo ficar achatado ou pouco flexível, você pode extrair uma pequena quantidade de leite manualmente até que a aréola amoleça, para que seja mais fácil amamentar. Massagear toda a mama com seus dedos, em sentido espiral, partindo do mamilo e terminando na axila, pode ajudar o leite a fluir e é recomendado tanto antes de fazer ordenha quanto antes de posicionar a/o bebê para mamar. A melhor maneira de prevenir e tratar o ingurgitamento é fazer com que sua bebê mame com a frequência que deseja ou quando o excesso de leite nas mamas ficar desconfortável para você. Extrair o leite dos seios ingurgitados após obter uma sensação de alívio provocada pela ordenha, na intenção de esvaziar a mama toda, pode estimular a produção e fazer com que seu corpo produza mais leite do que o necessário; portanto, tenha cuidado para não ordenhar demais. Se suas mamas estiverem ingurgitadas, mantenha-as confortavelmente apoiadas por sutiã de tamanho adequado, que não provoque marcas no seu corpo por estar muito pequeno e nem que fique subindo nas suas costas por estar muito grande, e estimule que a criança mame, permitindo que ela determine quanto leite seus seios precisam produzir e proporcione conforto para você.

Ductos obstruídos e mastite (inflamação na mama)

Se a drenagem do leite não for realizada de forma satisfatória, você pode desenvolver uma infecção mamária chamada mastite. Um quadro de mastite é uma complicação do ingurgitamento, e seus sintomas no corpo assemelham-se aos de uma gripe forte, incluindo calafrios e até febre. Na mama, você poderá sentir uma região mais dura ou com nódulo, quente, dolorida, e, se sua pele for clara, pode surgir vermelhidão local. A produção de leite também pode reduzir na mama acometida de mastite. Você pode estar cansada e com dores e não se sentir nem um pouco com vontade de amamentar, mas, seja o que for, não pare. É importante continuar drenando regularmente seus seios, como uma forma de tratar a mastite e evitar que evolua para um abscesso mamário, uma condição rara, mas séria, que

pode exigir drenagem cirúrgica. Algumas pessoas optam por não amamentar na mama acometida por mastite até se curarem. Nesse caso, é extremamente importante fazer ordenhas manuais ou com auxílio de bomba extratora várias vezes ao dia, pois esvaziar repetidamente a mama, seja pela amamentação ou por ordenha, é parte fundamental do tratamento, além de manter as medicações e demais cuidados prescritos pela médica ou médico que a atendeu.

Se você acha que tem mastite ou está com febre, entre em contato com uma médica ou médico imediatamente, considerando uma consulta ambulatorial ou atendimento em Pronto Socorro Obstétrico o mais rápido possível. Provavelmente, você precisará de medicamentos para combater a dor e infecção, prescritos pela médica ou médico, e que podem ser tomados com segurança por quem amamenta. Enquanto os sintomas de mastite estiverem presentes, mudar as posições de amamentação ao longo do dia para drenar as mamas com mais eficácia (de preferência, oferecendo essa mama em todas as mamadas) e posicionar a bebê de forma que seu queixo fique na direção da lesão da mastite vai ajudá-la a drenar mais rapidamente o leite. Também descanse o quanto puder e beba bastante água. O repouso é importante, pois ajuda na recuperação da mama; portanto, considere acionar sua rede de apoio nesse período. Se, mesmo medicada e tomando todos os cuidados acima, você não estiver começando a se sentir melhor, ainda tiver febre ou piorar após três a quatro doses de um antibiótico, procure com rapidez por novo atendimento médico.

Se, junto ou não dos sintomas acima descritos, você sentir dor a partir de um ponto no mamilo e no local houver uma bolinha branca que parece uma espinha, você pode estar com um ducto entupido. Sintomas de ingurgitamento mamário e mastite podem surgir junto ou após a obstrução de um ducto pois, uma vez obstruído, a passagem de leite fica interrompida até que haja a desobstrução. É importante não tentar furar a bolinha por conta própria. Para desobstruir o ducto, você pode tomar um banho morno ou colocar o mamilo na água morna por poucos minutos, secá-lo com uma toalha limpa, de forma a pressionar gentilmente o mamilo, e amamentar na sequência fazendo massagem ou compressão na mama com os dedos na direção do ducto que está obstruído, para aumentar a força com que o leite é expelido da mama. Com a desobstrução, o alívio é imediato. Se não for suficiente, considere amamentar tendo o bebê abaixo da sua mama, de forma que a gravidade ajude o leite a sair com mais pressão. Uma posição indicada para isso é deitar a criança na cama de barriga para cima e se posicionar ajoelhada ou com quatro apoios, com as mamas pendendo para baixo em direção a ela.

Pode ser necessária mais de uma mamada para desobstruir totalmente o ducto. A obstrução de ducto pode acontecer por uso de sutiã inadequado (pequeno para você ou que tenha aro ou algo que aperte a mama), pega incorreta, uso de conchas ou bicos de silicone, uso de óleos ou cremes na aréola e/ou falta de rodízio na posição

de amamentação. Avalie em qual motivo você se encaixa e providencie correção para evitar uma nova obstrução.

Em uma consulta da minha filha, mostrei ao meu médico meus seios rachados e inchados. Havia algumas manchas vermelhas e quentes neles. Eu me sentia bem, apesar de os meus seios e mamilos estarem doloridos. Ele me deu uma receita de antibióticos para o caso de eu desenvolver mastite. Peguei a receita imediatamente, pois moramos a uma distância razoável da farmácia mais próxima, e fui para casa. Uma hora depois de chegar em casa, tive uma febre alta e me senti como se tivesse sido atropelada. Comecei os antibióticos imediatamente e deitei para descansar. Quando acordei, já estava me sentindo muito melhor.

Baixa produção de leite

Embora a grande maioria das pessoas produza leite o suficiente para fornecer toda a nutrição de que a criança precisa, uma pequena porcentagem não consegue. Essa situação pode ser muito difícil.

Eu quis tanto amamentar meu filho! Durante toda a minha primeira gestação, sonhei com isso. Então, quando meu filho chegou, cinco semanas mais cedo, depois de um parto difícil seguido de fórmulas no hospital e icterícia, minhas ideias românticas sobre amamentação desapareceram rapidamente. Tentamos de tudo: enfermeiras, suporte, uma consultora de amamentação, ordenha constante, galactogogo... era simplesmente angustiante e exaustivo. Ele tomou o complemento desde o início. Eu realmente dei tudo o que pude por cinco meses, mas minha produção e sua sucção nunca foram suficientes. Fico muito feliz por ter aguentado com ele tanto tempo. Eu sei que o que ele conseguiu de mim o serviu bem, mas carreguei uma sensação de tristeza e perda por causa disso. Nossa relação de amamentação estava tão envolvida na experiência da luta... Eu fiquei realmente consumida pelo medo e pela sensação de inadequação quando engravidei do meu segundo filho – seria a mesma coisa? Eu estava me preparando para a dor e lamentando a perda dessa beleza em potencial novamente. Felizmente, não precisava me preocupar. Estou muito emocionada com o fato de sua irmãzinha, que nasceu grande e em casa, ter sido uma lactente ativa e comprometida desde a primeira pega!

A preocupação com a baixa produção de leite geralmente surge após o nascimento, se a criança perdeu uma porcentagem significativa de seu peso ao nascer, se sujou ou molhou menos fraldas do que o esperado ou se chora incessantemente.

te. A causa pode ser uma pega inadequada, amamentação em horários rígidos e com grandes intervalos, internação da criança em berçário ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, uso de chupeta ou de fórmula artificial, presença de alterações no frênulo lingual da bebê ou alguma outra dificuldade comum na amamentação. As famílias costumam ficar preocupadas com a baixa produção de leite porque a criança fica agitada na mama ou mama com frequência, mas esses geralmente não são indicadores suficientes.

Em casos raros, a baixa produção de leite é causada por uma malformação ou pelos efeitos de uma cirurgia anterior da mama. Além disso, certas situações, como estar gestando enquanto amamenta ou usar certos tipos de medicamentos, incluindo pílulas anticoncepcionais hormonais combinadas, podem afetar a quantidade de leite que é produzida.

Em muitos casos, a baixa produção pode ser revertida com uma combinação de ordenha entre as mamadas e suplementos de ervas, chás ou medicamentos prescritos por profissional médica para aumentar a produção, conhecidos como galactogogos, constando em um plano de ação específico para você e, idealmente, elaborado em conjunto com uma consultora de amamentação. Às vezes, é necessário complementar com fórmula para atender às necessidades nutricionais da criança, dando sempre preferência para mamar diretamente na mama e depois a fórmula. Se esse for o seu caso, é importante ter bem claro qual o volume de fórmula oferecer após cada mamada, como ofertar e com que frequência. Consulte uma profissional de saúde pediátrica Amiga da Amamentação ou uma especialista em lactação para orientarem você nessa situação. Lembre-se de que qualquer amamentação é melhor do que nenhuma e de que a amamentação mista continua sendo muito relevante para a saúde. Entretanto, o valor de sua maternidade ou paternidade não pode ser medido pelo volume de leite produzido nem pela exclusividade da lactação.

AMAMENTAÇÃO EM CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIAIS

Cirurgia de mama

Se você fez uma cirurgia de mama, ainda é possível ter uma amamentação bem sucedida. A cirurgia de redução da mama ou a mastectomia às vezes pode causar problemas com relação à produção de leite, já a cirurgia de aumento de mama tende a apresentar menos interferência na amamentação. Se você fez uma mastectomia unilateral (remoção de uma das mamas), provavelmente ainda pode amamentar com o leite produzido pela outra mama. Informe sua médica ou médico sobre sua cirurgia e monitore o peso de sua bebê com cuidado. Mesmo se você não tiver tecido glandular o bastante para produzir uma quantidade suficiente de leite, geralmente você pode amamentar, se quiser, e complementar com fórmula artificial.

Amamentação pela pessoa que não gestou

É possível produzir leite mesmo sem ter gestado. Idealmente, é recomendado que a pessoa que deseja amamentar sem gestar procure uma médica ou médico ou uma consultora de lactação com experiência em indução da lactação para que seja elaborado e iniciado um plano de ação meses antes da chegada da criança. A indução da lactação consiste no uso individualizado de medicamentos que simulam a condição hormonal da gestação somado ao estímulo provocado pela ordenha. No livro *Mama: um relato de maternidade homoafetiva*, de Marcela Tiboni, você poderá saber mais sobre a experiência de uma mãe que gestava enquanto a outra induzia a lactação, além de outras vivências da maternidade homoafetiva.¹

Colocar sua criança no peito com frequência no intuito de estimular a produção de leite, apesar de ser intuitivo, pode não ser suficiente para garantir uma amamentação exclusiva, mesmo que você tenha feito a indução da lactação. Nesses casos, acoplar na mama um sistema de nutrição suplementar com fórmula infantil pode ser uma alternativa satisfatória, pois proporciona a experiência de amamentação para a dupla. Pode ser uma boa ideia fazer do prazer da relação da amamentação o objetivo principal, assim como considerar a produção de leite como um bônus em vez de uma necessidade, já que a quantidade de leite produzido é geralmente menor do que se tivesse acontecido após uma gestação.

Com relação à adoção, existem alguns pontos a se considerar na opção de indução da lactação, que são a imprevisibilidade quanto à chegada da bebê e à idade que ela terá quando você a receber. Outro fator é que, no Brasil, a maioria das crianças adotadas já têm alguns meses de vida e usam chupeta e/ou mamadeira, o que dificulta a manutenção da amamentação por provocar confusão. Se sua opção pela indução da lactação for para formar vínculo com a criança, saiba que a formação do vínculo independe de amamentar, de gestar e parir, mas se forma por meio do desejo de se vincular, da convivência e dos cuidados no dia a dia, como já foi abordado anteriormente neste capítulo.

AMAMENTAR EM PÚBLICO

Muitas pessoas amamentam onde quer que estejam. Na maior parte do mundo, é comum ver pessoas amamentando no ônibus ou no parque. Mas, no Brasil e em alguns outros países ocidentais, tabus culturais e a sexualização do seio feminino às vezes nos deixam desconfortáveis com a amamentação em público, assim como a falta de infraestrutura básica para amamentação (tal qual a ausência de um local para se sentar enquanto amamenta ou o banheiro como única possibilidade de local privativo para amamentar na maioria dos estabelecimentos).

Amamentar onde quer que estejamos torna mais fácil sair com a criança sem um planejamento prévio. Se você amamenta apenas em casa ou em locais privados, pode se

sentir constrangida e até parar de amamentar mais cedo do que lactantes que se sentem confortáveis amamentando em público. Experimentar é parte do processo de se sentir relaxada amamentando em público. Roupas de amamentação especialmente elaboradas, ou até mesmo suas próprias roupas, adaptadas com zíperes ou botões, tornam mais fácil amamentar discretamente (se o seu objetivo for discrição). Você também pode tentar amamentar na frente de um espelho, apenas para ver o que os outros veem. Além disso, certos suportes para bebês (por exemplo, *slings*) e capas ou fraldas de amamentação podem fornecer privacidade para você e sua filha ou filho que está mamando.

Nunca me incomodei em amamentar em público. Amamentei minha filha por dois anos e quatro meses e, desde o início, achava que era normal amamentar em público, que era um direito meu e da minha filha. Por isso, não ficava constrangida.

No Brasil, apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente expor que é dever da família, da sociedade e do poder público priorizar a amamentação e que ela não pode ser censurada por normas internas dos estabelecimentos, não há uma lei nacional específica sobre o direito ou a proteção da amamentação; apenas alguns estados, como São Paulo e Rio de Janeiro, e cidades, como Teresina e Belo Horizonte, possuem leis proibindo o constrangimento da pessoa que amamenta em público. Cada vez mais mães se identificam como ativistas da lactação e defendem o direito legal de amamentar em público. Muitos grupos de mães foram formados para tornar nossa cultura mais receptiva às mães que amamentam, incluindo ações como os mamaços, cada vez mais comuns no país. Algumas entraram com ações judiciais contra estabelecimentos públicos e privados onde foram constrangidas por amamentar ou solicitadas a interromper a amamentação e participaram de protestos públicos de lactantes contra cafeterias e redes de restaurantes que pediam para mães que amamentavam que se cobrissem ou se retirassem do local.

AMAMENTAÇÃO E TRABALHO REMUNERADO

Voltar ao trabalho remunerado depois que sua filha ou filho nasceu não significa que você terá que parar de amamentar. A menos que você trabalhe em casa, trabalhe apenas por curtos períodos de tempo ou tenha creche em seu local de trabalho e possa fazer pausas para amamentar, você provavelmente precisará ordenhar o leite, refrigerá-lo e/ou congelá-lo para que a pessoa que cuida da criança enquanto você trabalha o dê a ela na sua ausência. Dessa forma, há uma possibilidade de continuar amamentando após o retorno ao trabalho.

Pelo menos um mês antes do fim da licença, comece as rotinas de ordenha, tanto para identificar se para você é melhor fazer ordenha manual, com bomba elétrica

ou bomba manual de gatilho, quanto para iniciar um estoque de leite e ter tempo suficiente para treinar tanto a criança quanto a pessoa que dará o seu leite. Quando você voltar ao trabalho remunerado, amamente sua filha ou filho antes de sair de casa todos os dias e tente fazer duas ou três pausas para ordenha durante um dia de trabalho de oito horas. Quando você estiver com a criança após o trabalho, amamente-a com frequência para manter sua produção de leite. Você poderá encontrar mais informações na cartilha “Mulher trabalhadora que amamenta”, produzida pelo Ministério da Saúde e disponível para download gratuito na internet.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) assegura alguns direitos à gestante e lactante, como a licença-maternidade de 120 dias e a licença-paternidade de 5 dias, ou, para funcionárias e funcionários estaduais, federais ou de empresas que optaram pelo Programa Empresa Cidadã, as licenças podem ser estendidas para 180 e 15 dias, respectivamente. Além disso, você também tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho até que sua criança atinja o sexto mês de idade, sem comprovação de necessidade ou de amamentação. Em casos especiais, se comprovados por atestado médico os riscos à saúde da sua filha ou filho, esse período poderá ser prorrogado. Para as lactantes que prestam concursos públicos na administração pública direta e indireta dos Poderes da União, a Lei nº 13.872/2019 estabelece o direito de exercer a amamentação durante a realização das provas.

Vale ressaltar que, desde que já tenha sido deferida a guarda provisória, todos os direitos acima se aplicam igualmente a quem adotou, mantendo a mesma duração de licença-maternidade e paternidade para adoção de crianças e adolescentes.

Como mãe que trabalhava, sempre amamentava minha filha ao acordar de manhã e, depois, extraía o leite restante para a primeira mamadeira do dia. Eu também acordava antes de eu dormir à noite ou ordenhava antes de ir para a cama em um esforço para aumentar minha produção e diminuir a quantidade de leite que eu precisava ordenhar no trabalho. Também descobri que dormir juntas e amamentar à noite era uma maneira benéfica de nos unirmos, apesar de minhas longas ausências diárias, o que também ajudou a aumentar minha produção de leite.

A CLT também prevê que as empresas com mais de trinta funcionárias com idade acima de dezesseis anos devem ter um local apropriado para cuidado das crianças das lactantes no período de amamentação, ou seja, uma creche, que pode tanto estar localizada no local de trabalho quanto próximo a ele. No caso de creches próximas ao local de trabalho, as empresas devem fornecer um reembolso-creche ou indicar creches conveniadas, que podem ser públicas, privadas ou sob supervisão do SESI,

SESC ou entidades sindicais. Esses locais também devem contar com berçário, sala de amamentação, cozinha e instalação sanitária.

FÓRMULA COMO ALTERNATIVA AO LEITE HUMANO

Eu senti como se tivesse sido desconectada do sistema muito antes de estar pronta. Tive alta antes mesmo de meu leite descer. Algumas das pessoas que me orientaram no hospital nunca nem amamentaram. Senti que cada uma tentou dar o seu melhor, mas para mim não deu certo. Minha filha nunca pegou corretamente. Eu nunca produzi muito leite. Depois de alguns dias, parecia que o tempo estava passando e minha bebê não estava recebendo o suficiente para se alimentar. Quando finalmente tomei a decisão de dizer: “cansei disso, vamos dar uma fórmula pra ela”, foi um grande alívio. Senti que poderia finalmente começar a tentar aproveitar essa nova vida.

Muitas de nós que desejam amamentar, mas não podem por razões de saúde ou porque não têm o apoio de que precisam para começar da maneira certa, ficam profundamente desapontadas porque o corpo não está fazendo o que “deveria” fazer. Esses sentimentos podem ser semelhantes à dor e à sensação de perda de quando o trabalho de parto e/ou o parto não ocorrem como esperamos.

Sempre houve a suposição de que eu iria amamentar, e cada vez que pegava a mamadeira, sentia que tinha que me explicar. As pessoas presumem que todas podem amamentar suas filhas e filhos, mas nem todo mundo consegue. Eu não quero ser julgada por isso.

A ESCOLHA DA FÓRMULA

Há diferentes marcas de fórmula infantil e ela pode ser comprada na maioria dos grandes supermercados e drogarias. Normalmente, existem apenas pequenas diferenças entre as fórmulas padrão feitas por diferentes empresas, apesar de algumas de suas alegações publicitárias. A menos que sua filha ou filho tenha um problema de saúde, você pode usar qualquer uma das fórmulas disponíveis no mercado, seguindo a indicação da faixa etária.

Todas as fórmulas são feitas de leite de vaca modificado ou produtos de soja, com nutrientes adicionados (como o leite de soja e o leite de vaca não são alimentos apropriados para recém-nascidos humanos, eles são alterados quando usados em fórmulas para que sejam mais seguros para bebês). Algumas fórmulas são modificadas para alimentar bebês com necessidades especiais, como crianças prematuras ou alérgicas à

proteína do leite de vaca. Os sintomas de alergia podem incluir eczema ou erupção cutânea, dor ou cólicas abdominais e vômitos ou diarreia. A fórmula de soja ganhou popularidade na década de 1990 devido a preocupações com alergias à proteína do leite de vaca. Entretanto, bebês também podem ser intolerantes à proteína da soja, e não há vantagens conhecidas da fórmula à base de soja sobre outra fórmula, exceto para famílias kosher e/ou veganas que querem uma fórmula sem leite de vaca ou para bebês que não toleram fórmula à base de leite de vaca. Se sua filha ou filho tem sensibilidade ao leite de vaca ou produtos de soja, consulte a pediatra para escolher a fórmula que é melhor tolerada.

SAÚDE E BEM-ESTAR DE QUEM DÁ À LUZ

Com a parentalidade, enfrentamos mudanças em nossos relacionamentos, saúde sexual e bem-estar emocional. Encarar os desafios dessa nova fase é mais fácil quando somos capazes de cuidar de nossa própria saúde e bem-estar, de nos comunicar aberta e honestamente com nossas parceiras ou parceiros e outras pessoas queridas e obter o apoio de quem está ao nosso redor.

Infelizmente, essas coisas nem sempre estão sob nosso controle. Nossos parceiros e parceiras, pessoas da família e ajudantes podem esperar que nos recuperemos do nascimento após algumas semanas apenas. É importante que você esteja atenta às suas necessidades e manifeste-as às pessoas ao seu redor, mesmo que as coisas já tenham se ajeitado um pouco mais após o caos dos meses iniciais.

A IMAGEM QUE SE TEM DO PRÓPRIO CORPO

Nossos corpos mudam drasticamente durante a gravidez e o parto e continuam a mudar no pós-parto. Nossa cultura enfatiza a necessidade de perder o peso que ganhemos quando estávamos grávidas e recuperar nossos corpos – como se fosse possível ou desejável que a gravidez e o parto não os modificassem. Esse tipo de postura desvaloriza o fato de que nossos corpos realizaram a incrível façanha de desenvolver um outro ser humano completo. Porém, mesmo quando estamos maravilhadas com nosso corpo, pode ser difícil nos acostumarmos com nossa forma e aparência após o parto.

Agora, meu corpo é muito diferente do que era antes de eu ter meu filho. Mas também é um corpo que serviu a um propósito. Eu olho para minha barriga, um pouco mais flácida do que antes, e me lembro que ela o carregou enquanto ele crescia. Eu olho para meus seios, mais caídos e com menos volume do que antes, e lembro a mim mesma que eles transformaram meu minúsculo bebê prematuro em uma criança bagunceira.²

Os meses pós-parto não são um bom momento para fazer dietas restritivas. Uma alimentação saudável e bem balanceada com abundância de proteínas, cálcio e fibras é importante para a recuperação pós-parto. Calorias extras são necessárias para sustentar a amamentação. Opte por refeições fáceis, lanches saudáveis frequentes e alimentos frescos e saudáveis. Volte a fazer exercícios lentamente, começando com caminhadas leves, alongamento e exercícios orientados, sempre que possível.

Às vezes, a gravidez e a nova maternidade podem desencadear distúrbios alimentares e de exercícios, especialmente em mulheres que já sofreram desses distúrbios anteriormente. Se você começar a adotar comportamentos prejudiciais à saúde como forma de enfrentar as emoções e os desafios da nova maternidade, procure a ajuda de pessoas especializadas no assunto.

SEXUALIDADE

Depois de se recuperar do parto, algumas pessoas podem sentir um desejo sexual aumentado e outras podem se sentir menos interessadas em sexo, pelo menos por um tempo. Algumas mulheres renunciam totalmente à atividade sexual durante o período pós-parto e se concentram em criar laços familiares. Outras sentem falta das atividades sexuais que tinham antes.

É comum que a mulher e seu parceiro ou parceira experimentem níveis incompatíveis de desejo:

Acho que o sexo após filhos não volta a ser o mesmo, assim como nenhum outro aspecto da vida de mães e pais. Nos primeiros dois anos dos filhos, e especialmente no primeiro, senti vontade igual a zero de ter contato sexual, enquanto meu companheiro sentia muita falta, e a ausência de sexo impactava em seu humor, o que nos distanciava ainda mais. A exaustão física e emocional, as disputas e divergências sobre responsabilidades domésticas e com o bebê também dificultaram nosso (re) encontro. Acredito que o que nos salvou foi a terapia familiar no pós-parto, muito diálogo sobre o descompasso que vivíamos, o respeito e a resiliência que ele teve em esperar dias melhores. E eles chegam! Pra mim, tem sido maravilhoso percorrer os novos caminhos dessa nova sexualidade, que necessariamente é diferente da anterior.

A maneira como nos sentimos sexualmente é afetada por muitos fatores, desde nossa recuperação física até o vigor de nosso relacionamento. Muitas de nós precisam de tempo para se ajustar aos novos papéis de mãe ou pai, e os parceiros e parceiras sexuais precisam se adaptar a essa nova situação. A privação de sono e as mudanças hormonais podem diminuir o desejo sexual. Nossas emoções também são ingredientes-chave em como respondemos sexualmente. A depressão (e alguns dos medicamentos usados para tratá-la) pode afetar negativamente a libido. Além disso, a

insegurança com nosso corpo pode afetar nossa sexualidade, principalmente quando já temos uma autoimagem ruim dele.

Compreender as mudanças físicas e emocionais que você está experimentando pode ajudar a facilitar a transição, assim como conversar com outras pessoas e reconhecer as mensagens confusas da sociedade sobre sexo e maternidade. Compartilhar suas preocupações de forma aberta e honesta com seu parceiro ou parceira, pedir ajuda e manter o senso de humor também pode ajudá-la a se sentir confortável com sua sexualidade.

Quando poderei fazer sexo de novo?

A maioria das/dos profissionais de saúde sugere esperar de quatro a seis semanas ou até que o períneo esteja curado e os lóquios tenham parado antes de iniciar a penetração vaginal ou anal, independentemente de se você deu à luz por parto vaginal ou por cesárea. Antes disso, seu colo do útero pode ainda estar dilatado (mais aberto do que o normal), deixando-a vulnerável a infecções. Fazer sexo sem penetração, namorar e fazer sexo sozinha (masturbação) não tem problema nenhum.

Só porque é normal fazer sexo não significa que você está pronta. Muitas de nós não querem fazer sexo por um bom tempo após o nascimento. Permita-se levar o tempo que for necessário.

Quando tive minha primeira filha, eu fiquei com muito medo de ter relações após o parto normal. Juntando o fato de estar muito exausta e com medo, a bebê dormia no nosso quarto, então foi muito difícil retomar. Mas, quando retomamos, no meu primeiro orgasmo lembrei que minha médica tinha me dito que algumas mulheres ganham na “loteria do parto”. Acho que fui uma delas, porque tudo ficou bem melhor, fiquei enlouquecida nas relações. Tanto que, quando minha filha tinha um ano e meio, engravidei novamente. Senti diferença durante a segunda gravidez, eu tinha muita vontade de sexo quase até o final. No meu segundo pós-parto, retomei as relações bem mais rápido e me sentia mais segura.

Problemas de relacionamento

A frustração com as questões cotidianas pode ser um obstáculo para um bom sexo quando há uma nova criança em casa. Raiva ou ressentimento com relação ao trabalho doméstico, confusão de papéis, estilos diferentes de criação, frequência do sexo, não ter tempo suficiente sozinha e muitos outros fatores podem levar à falta de proximidade e a uma vida sexual limitada. Conversar com sua parceira ou parceiro sobre isso pode ajudar. Se o contato com sua bebê satisfizer seu desejo de intimidade física, sua parceira ou parceiro pode sentir ciúme ou ficar de fora.

No meu primeiro puerpério, eu tinha muita ajuda em casa e não trabalhava fora. Com isso, me dediquei totalmente à minha primeira filha, o que me fez ficar mais distante não só da minha relação afetiva e sexual com o meu parceiro, mas também de mim mesma, da minha individualidade. Me bastava ali naquela descoberta com a bebê, com a nova mulher que nascia, e não sentia falta de sexo. Percebi que meu marido também teve dificuldade de lidar com o meu corpo “servindo” a outro propósito; ele foi aos poucos me trazendo de volta para o nosso casamento e foi bastante saudável para mim. De toda forma, o sexo não foi um assunto marcante nessa experiência. Retomar minha vida sexual foi algo lento e gradual, mas aconteceu de forma natural.

No meu segundo puerpério, a experiência foi bem diferente. O tempo era muito mais escasso, pois não tínhamos ajuda em nada (vivíamos o começo da pandemia). Eu me sentia sobrecarregada com o trabalho de casa e das crianças, tinha absolutamente zero tempo sozinha ou dedicado a mim mesma e me sentia emocionalmente exausta. Ainda por cima, meu segundo filho era um bebê que definitivamente não dormia fora do colo. Então, quando eu conseguia ficar sem o bebê grudado em mim, não queria nada nem ninguém tocando meu corpo. Tudo isso gerou ressentimento dos dois lados. Quando eu topava fazer sexo, era por pura pressão, e eu acabava ficando ainda mais ressentida.

Demorou para que eu entendesse todo esse processo com clareza, para que eu me sentisse mais à vontade para admitir que fazer sexo não estava nos meus planos num futuro próximo, não só por estar super envolvida com o bebê, mas porque me sentida exaurida, sugada, sem energia. Não queria doar minha energia para mais ninguém, queria mantê-la só comigo. Também precisamos dividir melhor as tarefas para sentir que no nosso casamento havia mais parceria e conversarmos mais. Houve muitas discussões, mas também aconteceram muitas conversas profundas, revisitamos mágoas antigas, trouxemos para a ordem do dia as prioridades de cada um. Quando nos demos conta disso, fomos aos poucos retomando o que gostávamos de fazer juntos, nos reservando tempo a sós, mesmo que fosse para ver só dez minutos de um filme, mas juntos, abraçados, dividindo nossas opiniões e pensamentos. E, com isso, fomos lembrando nossas afinidades, nossos interesses... Ainda não sinto o mesmo desejo que antes, mas, sempre que faço sexo, me sinto mais livre, mais à vontade, sinto muito mais prazer que antes e a relação sexual é mais íntima e cheia de cumplicidade, ainda que muito menos frequente.

Falar sobre as diferenças e reservar um tempo especial para se reconectar emocionalmente com sua parceira ou parceiro pode levar à redescoberta da intimidade física de vocês. Tentar usar “afirmações eu” (“Eu sinto _____ quando você _____”)

para compartilhar suas preocupações e ouvir sem julgamento ou culpa pode abrir a porta para uma discussão saudável, bem como para o quarto.

Esfregar as costas, aconchegar-se, massagens, abraços e conversas sinceras e descontraídas são maneiras de se sentir próxima de sua parceira ou parceiro sem as pressões do desempenho sexual ou do prazer.

Questões físicas

Desconforto vaginal

Muitas mulheres experimentam dor vaginal ou sensação de repuxar o períneo, principalmente se foram necessários pontos, ao retomar o sexo com penetração. A diminuição dos níveis de estrogênio pode fazer com que os tecidos vaginais se tornem finos e sensíveis, levando à diminuição da lubrificação, mesmo quando você está sexualmente excitada.

Ir devagar e usar muito lubrificante pode ajudar a voltar ao sexo prazeroso. Se você quiser ter relações sexuais, experimente posições diferentes. Às vezes, repuxa menos se você estiver por cima. Começar com a penetração do dedo primeiro pode ajudá-la a se ajustar às mudanças e reduzir a ansiedade.

Muitas vezes, no local onde foram dados os pontos no períneo fica um tecido mais fibroso de cicatrização que irá amolecer, e o desconforto perineal provavelmente diminuirá em cerca de dois a seis meses. A secura vaginal está associada a mudanças nos níveis hormonais, especialmente durante a amamentação, e tende a melhorar com o desmame. Se algum dos problemas persistir depois que você interromper a amamentação e os lubrificantes sem receita não funcionarem, converse com a/o profissional que a acompanha.

Se você teve um parto normal, é possível que sinta como se sua vagina estivesse mais esticada e menos sensível do que antes. Essa, porém, é uma sensação que passará com o tempo.

Dor abdominal

Se você fez uma cesárea, certas posições sexuais podem causar ou aumentar a dor abdominal. Pode ser que você queira experimentar diferentes posições ou esperar até que esteja melhor cicatrizada para fazer sexo.

Mudanças nos seios

Seus seios podem ficar mais ou menos sensíveis enquanto você está amamentando. Se a sua sensibilidade aumentou, é possível que você goste de que sejam manipulados durante a relação ou que prefira evitar qualquer outra atividade que não seja amamentar, seja por suas mamas estarem mais sensíveis, seja por se sentir desconfortável com toques ou pela dificuldade de separar a função de aleitamento dos seios e a sexualidade.

Se você está amamentando, seus seios podem vaziar ou espirrar leite durante o orgasmo. Há pessoas que gostam dessa experiência, outras acham desconcertante. Se isso é um problema para você, é possível usar um sutiã com absorventes para seios durante o sexo.

Meu companheiro sempre gostou muito dos meus seios e sempre sentiu muito tesão por eles, mas durante os dois períodos que amamentei, ele manteve certa distância deles. Ainda estou amamentando e ele morre de medo de sair leite enquanto fazemos sexo, fica aguardando ansiosamente pelo momento em que eu vou deixar de amamentar. Sinto falta dessa dedicação dele, até porque eu lido bem tanto com o peito que serve à amamentação quanto com o peito que me dá prazer.

É normal sentir uma espécie de estímulo sexual enquanto amamenta. Essa sensação está relacionada à liberação de ocitocina, que se associa tanto ao orgasmo quanto à ejeção do leite materno durante a lactação.

Lactantes têm níveis mais altos de prolactina e níveis mais baixos de estrogênio, o que pode resultar no desejo menos frequente ou menos intenso. Enquanto muitas pessoas descobrem que a amamentação, no geral, reduz a libido, a maioria nota que a libido retorna com o desmame ou quando a frequência do aleitamento diminui. No entanto, há quem amamenta e sente muita libido, assim como puérperas que não são lactantes e podem sentir menos desejo sexual.

Métodos contraceptivos

Caso não queira engravidar novamente, é importante pensar sobre planejamento reprodutivo e não reprodutivo antes de seu próximo período fértil. A amamentação frequente inibe a ovulação e adia o retorno da menstruação, mas cada vez menos esse método é recomendado como seguro. A maioria das pessoas que amamenta volta a menstruar entre três meses e dois anos depois de dar à luz. Se você não está amamentando, seu ciclo menstrual geralmente é retomado de um a três meses depois do parto. Isso significa que a sua ovulação pode acontecer cerca de vinte e cinco dias depois de dar à luz e você pode ficar grávida de novo antes mesmo de sua menstruação voltar.

No pós-parto, ao escolher um método contraceptivo, você pode se deparar com certas questões. Alguns métodos, como métodos hormonais que incluem estrogênio, não devem ser usados por quem amamenta; outros, como o diafragma e o capuz cervical, precisam ter seu tamanho ajustado, devido a mudanças no colo do útero, útero e vagina depois do parto; há ainda alguns que são menos efetivos depois que se dá à luz. Para uma discussão completa sobre a eficácia, os benefícios e os riscos potenciais

de cada método contraceptivo, confira o capítulo 9, “Métodos contraceptivos”, em especial os tópicos “Amamentação como método contraceptivo” e “Métodos contraceptivos adequados durante a amamentação”.

PENSAMENTOS E EMOÇÕES

Nas primeiras horas e dias depois de dar à luz, você provavelmente vai vivenciar vários sentimentos diferentes. Não é incomum sentir emoções múltiplas e contraditórias, todas ao mesmo tempo.

Ela foi colocada no meu peito e eu comecei a chorar pelas emoções tão fortes e tão intensas que senti. Eu estava sentindo várias coisas ao mesmo tempo: alívio, amor, entusiasmo, admiração, fascínio, orgulho e realização. Foi realmente um momento memorável, muito surreal e muito bonito. Quando olhei fundo nos olhos da minha filha recém-nascida pela primeira vez, eu beijei seu rosto delicadamente e sussurrei: “Oi, querida. Bem-vinda ao mundo, nós estávamos esperando por você”.

PRIMEIRAS MUDANÇAS

Durante os primeiros meses depois de dar à luz, nós aprendemos o que significa ter uma bebê em nossas vidas. Bebês comem e dormem em horários imprevisíveis, e nós precisamos estar de prontidão para atendê-las em qualquer momento.

O que pensamos e sentimos nas semanas e meses iniciais da maternidade e paternidade pode ser influenciado por diversos fatores, incluindo nossa recuperação física da gravidez e do parto, nossos sentimentos sobre o parto, a saúde de nossas e nossos bebês e as possíveis dificuldades decorrentes dela, o quanto nos sentimos preparadas para nos tornarmos mães, nossos recursos financeiros, as outras demandas que encontramos e a quantidade e o tipo de suporte que recebemos das pessoas à nossa volta.

COMO OBTER APOIO

Em aviões, comissárias e comissários de bordo explicam que, em caso de emergência, se forem necessárias máscaras de oxigênio, as pessoas adultas viajantes devem colocar suas próprias máscaras antes de auxiliar as crianças. Essa é uma lição aplicável à turbulência de nossas próprias experiências no puerpério: não conseguimos cuidar devidamente de alguém se não cuidarmos de nós mesmas.

Pode acontecer de nos dedicarmos às nossas crianças a ponto de nos excluirmos. Podemos sentir vergonha de pedir ajuda, não notar que precisamos de ajuda ou nem perceber que pedir ajuda é aceitável ou possível. Pode ser que algumas mães acre-

ditem que envolver o parceiro ou a parceira ou receber suporte de familiares significa que não somos boas o suficiente. Nossa cultura idealiza mães que se sacrificam eternamente pela família. Mas ajuda e suporte são cruciais, e prestar atenção às suas próprias necessidades pode aumentar sua capacidade de atender às necessidades da criança. É importante não pensar que as necessidades da mãe e as da criança se excluem e, em vez disso, encontrar caminhos criativos para cumprir com o que ambas precisam, sem que ninguém seja deixada de lado.

Como sou solteira e tenho uma deficiência, eu não podia e não posso fugir de tentar ser uma supermãe. Eu sabia naquela época e sei melhor ainda agora que, realmente, é preciso uma aldeia inteira para criar uma criança. Eu me apoiiei bastante nos meus círculos de amizade, em parte na minha família e em um grupo fundamental de cuidadores infantis. Isso me faz lembrar como as pessoas gostam de participar de uma família em crescimento, que o isolamento é a ruína da parentalidade e que deixar que outros ajudem é um presente para todo mundo, especialmente para a criança. Pedir ajuda permitiu a construção de amizades mais íntimas e mais próximas de mim e da minha filha. Sou grata por isso.

Ser mãe ou pai é um trabalho duro e, no início da parentalidade, todas as pessoas precisam de tipos diferentes de cuidados: ajuda prática, apoio emocional, suporte financeiro, afeto e orientação. Infelizmente, pode ser difícil encontrar o apoio social e político que necessitamos. Nossa sociedade oferece pouco apoio concreto, tanto em termos de pagamento de licença-maternidade ou paternidade quanto outras formas de suporte. Além disso, principalmente nas grandes cidades, é comum morarmos longe das nossas famílias e não sermos próximas da vizinhança. Isso faz com que muitas vezes fiquemos a sós com nossas crianças por longos períodos de tempo. A independência e a autossuficiência, tão enaltecidas no sistema de valores atuais, quase sempre não são uma realidade para novas mães. Já para mães em contextos mais periféricos, a solidariedade e a criação das crianças de maneira mais comunitária ainda é uma realidade.

Quando nos sentimos impotentes, perdidas ou confusas, falar sobre o que estamos sentindo pode parecer uma má ideia. Mas, com frequência, contar para alguém – um parceiro ou parceira, uma amizade próxima ou sua parteira, médica, médico ou terapeuta – como você se sente pode ajudar a aliviar o estresse e o isolamento que tanto caracteriza a maternidade recente.



Figura 2 – Encontro de pós-parto conduzido pelo Núcleo de Obstetrias do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em 2016. Desde os anos 1980, o Coletivo organiza e recebe diversas rodas de apoio à maternidade, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e gênero.

No meu primeiro pós-parto, quem me ajudou muito foi a pediatra que me acompanhou no parto, mas ainda me senti muito sozinha.

Na segunda gestação, foi muito mais leve. Particpei de um grupo conduzido por uma psicóloga que reúne gestantes da mesma idade gestacional e nos ajuda na preparação para o parto e o pós-parto. Hoje em dia, nas redes sociais, existem muitas informações, mas sinto que mesmo assim não se fala muito da realidade do puerpério. Nos três primeiros meses, me senti em uma caverna, um lugar solitário, onde o trabalho é muito grande e existem poucos momentos de sair de lá. Então, estar em contato com outras mulheres do meu grupo, que também estão passando por isso, é muito importante. Às vezes, na madrugada, eu olho o celular e vejo que têm outras mães acordadas. Isso é muito reconfortante, para dividir tanto as dificuldades quanto as conquistas. Vejo como às vezes vamos para lugares muito escuros, então poder trocar e compartilhar o que estamos vivendo é muito bom. Trocamos opiniões, apoios e sugestões sobre amamentação, sono, rotina, enfim, dicas que ajudam no dia a dia.

Dicas para as primeiras semanas

- **Peça ajuda.** Quando possível, peça a familiares e amigos para limparem, cozinharem e assumirem suas outras responsabilidades, de forma que você fique livre para focar na criança e na sua recuperação.
- **Durma ou descanse enquanto sua filha ou filho está dormindo, desde que isso seja algo possível para você.** Muitas vezes, essa cobrança estressa mais do que ajuda as novas mães e pais. Respeitar sua necessidade de dormir e descansar é um dos meios mais importantes de se recuperar e de aliviar o estresse da vida com uma criança recém-nascida.
- **Cuide-se tendo uma boa alimentação.** Manter uma boa alimentação e uma boa hidratação é importante para se recuperar do parto e ter energia para atender as demandas de ser mãe. Coma alimentos integrais e pegue leve no açúcar e na cafeína, que podem acabar com a sua energia ao longo do tempo.
- **Tire um tempo para relaxar e para fazer atividade física.** Descanso e relaxamento, equilibrados com atividades leves, como caminhar, podem ampliar o senso de bem-estar físico e emocional.
- **Converse com outras mães recentes sobre a sua experiência – e ouça o que elas têm a dizer sobre as experiências delas.** Ouvir histórias de outras pessoas pode ajudar a normalizar o que está acontecendo com você e amenizar o isolamento. Você pode fazer isso participando de grupos de maternidade ou parentalidade, acessando fóruns de discussão on-line e redes sociais ou passando um tempo com pessoas conhecidas que também são mães ou pais.
- **Lembre-se de que um novo trabalho, de período integral, foi adicionado à sua vida.** Seja paciente e gentil consigo mesma enquanto se adapta a isso. Conforme você vai conhecendo melhor a sua bebê e ganhando confiança, fica mais fácil.

Formas de obter apoio

Você pode encontrar apoio para você e sua família de diferentes formas. Muitas de nós recorreremos à família, a amigos mais próximos ou a grupos de apoio a mães e pais, tanto em nossa comunidade quanto on-line. Para algumas pessoas, contar com o auxílio de cuidadoras remuneradas é possível, mas essa não é uma realidade para a maioria das brasileiras e brasileiros.

No puerpério, somos, em alguns momentos, invadidas pela tristeza, irritação e pelo medo de não saber cuidar do bebê. Nos sentimos desamparadas e devastadas pelo cansaço e pela perda de identidade. O tempo é regido pelas necessidades da criança. Nessas horas sombrias do puerpério, a rede de apoio salva e vira um porto seguro.

Relações familiares e de amizade

Conversar de antemão com seu parceiro ou parceira, sua família e amigas próximas sobre o que você acha que pode precisar com a chegada da criança ajuda a preparar o terreno para o apoio. É difícil saber exatamente quais serão suas necessidades, mas ter uma rede de apoio com familiares e pessoas dispostas a ajudar é um bom ponto de partida. Mesmo se você não se planejou com antecedência, recorra ao auxílio dessas pessoas quando a criança nascer. Também pode ser proveitoso falar com alguém que tem filhas ou filhos sobre o que mais ajudou quando se tornou mãe ou pai.

Quando me sinto sozinha, o grupo está lá para partilhar das dores e sabores dos cuidados com bebês e do aprendizado de ser mãe.

Sempre que possível, peça ajuda concreta. Às vezes, você nem tem certeza do que precisa quando pessoas amigas perguntam o que podem fazer por você. Dizer sim para coisas pequenas – como quando seu parceiro ou parceira se oferece para cuidar da criança e/ou de suas outras filhas ou filhos enquanto você dorme, ou quando amigas e amigos perguntam se podem levar comida para você, tomar conta de suas crianças ou limpar sua casa – irá ajudá-la a se restabelecer e a entender que tipo de assistência é realmente útil. A prática também pode tornar mais fácil saber quando dizer não – por exemplo, quando oferecem coisas que você não quer ou não precisa, ou quando são pessoas cuja companhia a esgota.

Grupos de apoio à maternidade

Grupos de apoio à maternidade vêm sendo disseminados no Brasil. Alguns são pagos, mas frequentemente são gratuitos. Cafés, praças, livrarias infantis e espaços dedicados à maternidade às vezes organizam reuniões semanais para novas mães, pais e bebês.

O fato é que essa experiência tão humana é mágica. O grupo vira um porto seguro, um lugar de aprendizado, segurança e união. Toda a transformação causada pelo parto e pelo dia a dia com a/o bebê é profundamente vivenciada dentro dele e, muitas vezes, dividida muito mais lá do que com amigas ou pessoas próximas. Tem sido uma experiência profunda e bastante gratificante participar do grupo, que eu recomendo a todas.

Você pode encontrar esses grupos por meio de sua Unidade Básica de Saúde de referência, buscando na internet ou perguntando para pessoas da vizinhança, amigas ou outras mães e pais recentes. Se você faz algum tipo de aula de preparação para o parto ou atividade física para gestante, o pessoal da organização ou docentes podem ter uma lista de referências na comunidade.

O acolhimento do grupo me faz um bem enorme. O contato com essas mulheres que eu nunca conheci direito, mas de quem me sinto íntima, tem me ajudado muito a suavizar as angústias do puerpério. Elas me apontam caminhos para solução de problemas, me ajudam a ter um parâmetro do que é normal e me dão colo também. São espaços onde me sinto ouvida por pessoas que sabem o que estou sentindo por mais que eu não as conheça tão bem.

Existem diversos sites e perfis nas redes sociais dedicados exclusivamente à parentalidade; alguns dispõem de grupos de apoio on-line ou de encontros presenciais agendados. Atualmente, são muitos os blogs e comunidades virtuais que compartilham histórias de pessoas reais e suas experiências cotidianas com a maternidade e paternidade.

Alguns perfis recomendados no Instagram:

Andressa Reis @andressareis

Elisama Santos @elisamasantosc

Fabiola Cassab @fcassab

Ligia Moreiras @cientistaqueviroumae

Marcela Tiboni @marcelatiboni

Matrice @matrice_sp

Thais Basile @educacaoparaapaz

DESAFIOS EMOCIONAIS

Altos e baixos emocionais são normais durante as primeiras semanas depois de dar à luz. Irritação, mau humor, choro e sensação de sobrecarga fazem parte de muitos momentos. Essa tristeza ou melancolia pós-parto é bastante comum, e pode durar dias ou algumas semanas. Algumas pessoas costumam se sentir melhores depois desse período; outras, no entanto, enfrentam sentimentos mais dolorosos por um período maior de tempo, passando pelo que é classificado como transtornos psiquiátricos pós-parto.

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS PÓS-PARTO

Eu sei que não exalo animação e alegria, mas não sei como processar o que estou sentindo. Só quero ter um momento para chorar muito e colocar tudo para fora, mas tenho vergonha disso. Tenho medo de que, se começar a chorar, não consiga parar. Há tanto amor à minha volta e tudo o que sinto vontade de fazer é gritar até minha cabeça explodir. Eu não sei como compartilhar essas coisas com alguém, então choro sozinha quando encontro uma chance, alguns minutinhos aqui e ali.

Muitas mulheres e pessoas que deram à luz podem experimentar dificuldades emocionais no pós-parto. Entre as maiores está o medo de falar sobre seus sentimentos negativos e serem vistas como loucas ou como mães ou pessoas ruins. Mas os transtornos psiquiátricos pós-parto não são apenas comuns, mas também tratáveis, e é importante procurar ajuda, tanto pelo nosso próprio bem quanto pelo bem das nossas famílias.

Transtornos psiquiátricos no pós-parto podem envolver depressão severa (às vezes, misturada com ansiedade), assim como outros problemas seriamente incapacitantes, como ansiedade/transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e, muito raramente, psicose. A depressão pós-parto é, de longe, o transtorno psiquiátrico mais comum no pós-parto, afetando uma a cada quatro mães entre 6 a 18 meses após o parto. Seu início pode ocorrer em qualquer momento do primeiro ano depois de dar à luz. Os sintomas da depressão pós-parto podem incluir desesperança, pensamentos suicidas, problemas de alimentação e de sono, incapacidade de se sentir bem ou de ser reconfortada e isolamento. Uma mulher que sofre de depressão pós-parto pode ter dificuldades de cuidar de sua criança ou de atender as outras demandas de seu dia a dia.

Depressão pós-adoção

É possível ter depressão pós-parto sem ter dado à luz? Apesar dos poucos estudos realizados sobre esse tema, a depressão pós-adoção evidentemente existe. Exaustão física, isolamento, preocupações financeiras e estresse pelo processo de adoção foram todos citados como causas de depressão pós-adoção. Às vezes, sentimentos mal resolvidos sobre a infertilidade reaparecem junto do luto da filha ou filho idealizada frente à filha ou filho real.

O psicólogo Luiz Schettini Filho, que estuda e trabalha com adoção há muitos anos, aponta um fenômeno que ele chamou de “a dor de não sentir dor”, em que o fato de não ter acontecido um parto fisiológico traz um incômodo emocional para a família adotante, como se a legitimação da parentalidade precisasse da sensação física do parto, que não ocorre na adoção, na qual essa transformação e chegada da criança acontece de um instante para o outro.

Quando me perguntam quando foi que me dei conta da vontade de ser pai, minha resposta é sempre a mesma: eu penso que quis ser pai antes mesmo de ser. No processo de chegar à paternidade, no entanto, percorri um caminho longo. Eu, homem cisgênero, me entendi como homossexual ainda na adolescência, mas só consegui dizer essa verdade para mim aos 24 anos. No dia em que conheci meu marido, aos 27, dissemos um ao outro sobre o desejo que ambos tínhamos de ser pais. Mas a lei brasileira ainda não nos permitia. De 2008 até 2015, esse foi apenas um desejo, guardado numa gaveta cheia de sonhos, mas também de revoltas e sensações de preconceito.

Um ano depois de uma decisão judicial favorecer a adoção por pessoas homotransafetivas, entramos no processo de adoção, e dois anos e quatro meses depois conhecemos nossa filha, que chegou aos seis meses de idade. Era um sonho sendo realizado, mas ele vinha cheio de ansias e desejos reprimidos, o que – com bastante facilidade – desencadeou uma série de dificuldades que tive em lidar com todas aquelas novidades.

Vinte dias depois de me tornar pai, perdi um emprego com um salário bastante considerável e uma posição de destaque na área em que atuava, repetindo um cenário que até então era habitual para as mulheres: ser enxergado como contraprodente no momento em que mais precisava daquele emprego.

Foram meses mergulhados no universo da parentalidade, mas sem ter muito para onde fugir. Cinco meses depois, o primeiro sinal de que eu não estava conseguindo atravessar aquele caminho de forma saudável foi o meu cabelo: vaidoso até então, desde a chegada da minha filha eu não tinha mais me preocupado em fazer um topete na franja, algo que eu fazia habitualmente.

Ao procurar uma psiquiatra, fui diagnosticado com depressão e crises de ansiedade. Encarar a doença foi um episódio doloroso, porque colidia com uma espécie de ingratidão ao sonho que havia acabado de se realizar. Mas, ao mesmo tempo, foi essencial para que eu pudesse procurar meios de contornar quem eu era, além de pai, e poder dar a vazão para um novo homem que surgia depois daquilo.

O ápice da minha depressão foi quando, alguns meses depois do diagnóstico, ouvi minha filha me chamar de “mamãe”. Havia aquela ansia toda em ser pai e, quando ela me deu um chamamento que não era o que eu entendia me caber, soou de forma estranha e desconexa. E foram precisos longos meses para que eu me curasse de todas as imposições sociais. Eu não precisava me curar da experiência de ser chamado de mãe; isso se deu de forma tranquila e natural e até reservou um lugar especial de afeto, quando entendi que ela havia reservado um espaço tão rico e sagrado em sua construção psicológica. Foi preciso que eu curasse em mim o luto de uma criança que eu idealizei por muitos anos, mas que agora dava lugar a uma outra criança. Uma criança de verdade. E foi só quando isso aconteceu que me percebi pai de fato.

Além disso, o momento da chegada da criança – momento que é tão desejado pela família adotante – é também o instante de luto e rompimento dessa criança com a sua família de origem. Assim, inicia-se um puerpério com uma grande ambivalência de sentimentos.

Há, também, uma grande desconexão entre as suposições de pessoas de fora da família sobre as experiências de mães e pais adotivos e os estresses reais que qualquer família enfrenta. Mães adotivas frequentemente hesitam em pedir ajuda devido a comentários como “não seja boba, foi mais fácil para você, você não teve que parir nem amamentar” ou “não era o que você queria há tanto tempo?”.

As estratégias para lidar com a depressão pós-adoção são similares às relativas à depressão pós-parto: reconhecer que esse tipo de depressão existe; procurar apoio, especialmente de outras famílias que vivenciam a adoção; pedir ajuda; e cuidar de si mesma.

Atenção aos sinais

Apesar de muitas de nós vivenciarmos um ou dois dos sinais abaixo em diversos momentos, sentir uma combinação deles por um longo período de tempo pode indicar depressão ou outro transtorno psiquiátrico pós-parto.

Se você está passando por qualquer um dos seguintes problemas por mais de duas semanas, considere procurar ajuda de psicoterapeutas:

- sentimentos de inadequação, inutilidade ou culpa, especialmente pela ideia de que está falhando na maternidade ou paternidade;
- perda de interesse ou prazer em atividades que costumavam ser prazerosas;
- ansiedade excessiva pela saúde da bebê ou, ao contrário, falta de interesse na criança;
- incapacidade de cuidar de si ou de sua criança;
- inquietação, irritabilidade ou choro excessivo;
- mudanças no apetite, como esquecer de comer ou comer mais do que de costume;
- mudanças no sono, como acordar à noite, ter pensamentos acelerados e não conseguir voltar a dormir;
- dificuldade de concentração, de memória ou de decisão;
- desesperança e tristeza profunda;
- mudanças de humor incontroláveis, incluindo sentimentos de raiva ou de fúria;
- sentimento de sobrecarga ou de ser incapaz de lidar com as situações; medo de ficar sozinha.

Se você identifica pelo menos um dos sintomas abaixo (mais sérios), entre em contato com a pessoa profissional de saúde que a acompanha imediatamente:

- dores de cabeça incomuns, dores no peito, palpitações, dormência, hiperventilação, pânico;

- medo ou preocupação recorrente de machucar sua bebê ou a si mesma;
- pensamentos assustadores sobre sua criança se machucando (diferente de pensamentos em que é você quem a machuca);
- comportamentos compulsivos, como lavar as mãos excessivamente ou checar constantemente se sua criança está respirando;
- pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio;
- sentimento de que a bebê estaria melhor sem você;
- alucinações.

Além da depressão, as mulheres podem enfrentar outros transtornos psiquiátricos pós-parto. Sentimentos de ansiedade intensa, medo ou pânico, junto de respiração e batimentos cardíacos acelerados, ondas de calor ou de frio, dores no peito e tremores ou vertigem são sintomas de ansiedade/transtorno do pânico. Pensamentos assustadores recorrentes, como ficar obcecada pela saúde da criança recém-nascida, ou necessidade de ter comportamentos repetitivos, como lavar as mãos compulsivamente, são sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Uma combinação de depressão com ansiedade/transtorno do pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo também é possível.

Mulheres que sentem medo, impotência ou uma sensação de serem/terem sido maltratadas durante o parto têm mais chances de desenvolver transtornos de estresse pós-traumático. Essas mulheres podem desenvolver pensamentos negativos repetitivos, pesadelos, agitação, medo de interagir com outras pessoas ou uma sensação contínua de pânico.

Uma porcentagem pequena de mulheres (cerca de uma ou duas por mil novas mães) enfrenta uma doença séria chamada psicose pós-parto. A psicose pós-parto pode produzir alucinações e ilusões, entre outros sintomas, incluindo insônia, agitação e sentimentos e comportamentos estranhos. A psicose pós-parto geralmente se desenvolve entre uma e quatro semanas depois do parto, é mais prevalente entre mulheres com diagnóstico de transtorno bipolar e é considerada uma emergência médica.

FATORES DE RISCO

Qualquer mulher pode desenvolver um transtorno psiquiátrico pós-parto. As mudanças hormonais que ocorrem durante a gravidez e o parto parecem ter um papel importante no desenvolvimento desses problemas.

Porém, certos fatores podem indicar uma probabilidade maior de enfrentar um desses transtornos. Esses fatores incluem dor severa ou contínua no pós-parto; problemas de saúde da mãe ou do bebê; uma criança com muitas necessidades; grandes níveis de estresse com o relacionamento, as finanças ou em outros âmbitos da vida; e falta de suporte social. A privação de sono constante também é um fator de risco.

Mulheres com histórico de traumas físicos ou emocionais, depressão, violência sexual, TPM severa, abuso de substâncias ou outros problemas de saúde mental têm maior risco de apresentar um transtorno psiquiátrico pós-parto. Mães adolescentes também têm mais chances de sofrer de depressão pós-parto.

COMO BUSCAR AJUDA

Se você está enfrentando problemas emocionais no pós-parto, peça apoio e ajuda concreta nos cuidados com sua criança e com você. Se você tem um parceiro ou parceira disponível ou outras pessoas que podem dar suporte, peça que dividam as tarefas domésticas e a função de alimentação noturna com você. Respeite seus limites e não se culpe por deixar de fazer coisas que não são essenciais.

O isolamento pode contribuir para a depressão e a ansiedade, então tente encontrar pelo menos uma pessoa próxima a você (amiga, familiar ou terapeuta) com quem você possa conversar de forma honesta sobre seus sentimentos e sua experiência com a maternidade. Reunir-se com um grupo de mães recentes pode ser uma ótima maneira de se conectar com outras mulheres que enfrentam os mesmos desafios. Muitos grupos e comunidades virtuais focam especificamente em ajudar mulheres e pessoas com depressão pós-parto.

Às vezes, porém, o apoio e a ajuda das nossas amigas e de familiares não são suficientes. Se essa é a sua realidade, consulte profissionais que a acompanharam no parto ou sua equipe de referência na Unidade Básica de Saúde.

TRATAMENTO

Além de obter maior apoio das pessoas próximas a você, os dois principais tipos de tratamento para depressão pós-parto e transtornos de ansiedade, oferecidos por profissionais da saúde mental, são a psicoterapia e a medicação. A psicoterapia envolve sessões regulares com terapeutas ou psicólogas, em que você discute os seus sentimentos e desenvolve soluções construtivas para os desafios da maternidade recente. Medicamentos – como antidepressivos, remédios para ansiedade, remédios para dormir ou uma combinação dos três – podem ajudar em alguns casos.

Na ocasião rara de psicose pós-parto, é provável que você precise ficar no hospital por um curto período de tempo para receber o tratamento adequado.

Aconselhamento psicológico ou psicoterapia

Sessões de psicoterapia podem ajudá-la a se expressar e a compreender seus sentimentos de forma mais completa. Elas também podem auxiliar na busca de possíveis soluções para os desafios do pós-parto e no aprendizado de formas melhores de comunicar suas necessidades e fazer com que elas sejam atendidas. Terapeutas e profissionais do aconselhamento psicológico também podem direcioná-la a outros recursos disponíveis na comunidade para novas mães, pais e famílias.

Medicamentos

Embora medicamentos antidepressivos sejam prescritos com frequência para pacientes com transtornos psiquiátricos pós-parto, é importante que saber que são necessários mais estudos e evidências científicas sobre quais as melhores formas de tratamento da depressão pós-parto. Além das medicações como os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, é importante que se estude comparativamente outras intervenções, como psicoterapia, intervenções psicossociais (como apoio e aconselhamento de casal) e terapias complementares.

Uma revisão sistemática feita pela Cochrane sintetiza a situação atual sobre medicação para depressão pós-parto do seguinte modo:

Ainda há poucas evidências sobre a eficácia e segurança dos antidepressivos no manejo da depressão pós-parto, particularmente nos quadros de depressão mais graves. Na revisão sistemática realizada em maio de 2020, encontramos evidências de baixa certeza de que os antidepressivos do tipo inibidores seletivos da recaptação da serotonina podem ser mais eficazes no tratamento da depressão pós-natal do que os placebos, conforme medido pelas taxas de resposta e remissão. Entretanto, a baixa certeza da evidência sugere que é muito provável que novas pesquisas tenham um impacto importante em nossa estimativa de efeitos; elas são necessárias para entender melhor se, e para quem, os antidepressivos ou outros tratamentos são mais eficazes para a depressão pós-parto, assim como se alguns antidepressivos são mais eficazes ou melhor tolerados do que outros.

O tratamento de depressão pós-parto é uma área que tem sido negligenciada apesar de seu grande impacto na saúde pública. Mesmo com a falta de boas evidências científicas sobre uma questão tão importante da saúde da mulher, uma grande quantidade de profissionais da saúde e o público geral acreditam que a prescrição de antidepressivos seja comprovada como o melhor tratamento para depressão pós-parto.

Em especial à luz da escassez de evidência científica que fundamente o uso de antidepressivos no tratamento de depressão pós-parto, é importante lembrar que antidepressivos (como outros medicamentos) podem ter efeitos negativos, como problemas sexuais, digestivos e de sono e, com menos frequência, outros efeitos mais sérios. Infelizmente, encontrar informação imparcial sobre a eficácia e a segurança de antidepressivos é algo desafiador, já que muitos dos materiais disponíveis na internet e em outros lugares são produzidos ou patrocinados pela indústria farmacêutica.

Pessoas que passam por crises severas, às vezes, descobrem que apenas a terapia combinada com a medicação ajuda. Se você estiver amamentando, lembre-se de dizer isso para sua médica ou médico. Embora alguns antidepressivos de uso comum passem para o leite materno, os efeitos negativos (se houver) para sua bebê podem ser passageiros.

Mas mais pesquisas também são necessárias, em particular sobre a segurança a longo prazo dos antidepressivos para crianças lactentes. Para saber mais sobre os efeitos da medicação no leite materno, consulte profissionais da saúde com experiência sobre medicamentos e amamentação. É possível encontrar na internet o material “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias”, elaborado pelo Ministério da Saúde, e também consultar o site (em inglês ou espanhol): e-lactancia.org.

A depressão pode dificultar sua ligação com a criança, o que pode afetar negativamente o desenvolvimento geral dela. Então, encontrar uma solução que funcione para você é importante. Decisões de tratamento devem ser guiadas pelas suas preferências, pela gravidade da sua doença, pelos riscos oferecidos pelos remédios em questão e pelos riscos conhecidos da depressão para você e para sua bebê.

SER MÃE HOJE

Através de mídias digitais, livros, blogs e revistas sobre maternidade, é possível ter mais acesso às histórias de outras pessoas e a reflexões sobre ser mãe do que nossas antepassadas tiveram. Graças às vozes daquelas que foram corajosas o suficiente para compartilhar suas experiências, nós temos hoje um panorama mais completo das mudanças físicas e emocionais da maternidade e da paternidade. E, graças a mudanças na legislação e de atitudes culturais, muitas mulheres podem seguir a maternidade solo ou adotar com uma parceira mulher, além de continuar em uma carreira profissional depois de terem filhas e filhos.

O mito da “super mãe” que é sempre animada, instruída e se sacrifica pela família continua vivo e é difícil resistir a ele. Nós – tanto individualmente quanto como sociedade – ainda temos certas expectativas sobre o que significa ser mãe.

Todo mundo diz: “esse é o melhor momento da sua vida, você deve estar muito feliz!”. Não temos espaço para dizer que não. Não é permitido sentir emoções negativas. Mas nós amamos e odiamos nossas crianças, tudo junto e ao mesmo tempo. É importante sermos capazes de falar sobre como é tentar corresponder às expectativas alheias. Tradicionalmente, porém, é esperado que as mães falem somente sobre o lado positivo; expressar frustrações com os momentos difíceis pode ser complicado. Nós revelamos não apenas nossa ambivalência, mas nossa vulnerabilidade também.

Eu tinha medo de não ser uma boa mãe ou de esquecer de alimentar ou trocar a bebê. Eu tinha medo de ela não gostar de mim. Tinha medo de tudo e, mesmo assim, ao mesmo tempo, eu estava muito feliz. Era a sensação mais estranha do mundo. Às vezes, ainda me sinto assim e penso que toda mãe deve passar por isso em algum momento. Nós duvidamos de nós mesmas o tempo todo e, na verdade, precisamos relaxar e continuar, porque é bem provável que estejamos fazendo um bom trabalho.

COMO EVITAR AS “GUERRAS ENTRE MÃES”

Sou uma mãe solo. O pai do meu filho simplesmente sumiu. Meu principal suporte é minha família, mas isso tem seu preço. Minha mãe e minha tia parecem pensar que podem me dizer como criar meu filho, ainda mais porque elas cuidam dele de graça enquanto eu estou trabalhando... Eu realmente queria não ter de trabalhar, mas não tenho escolha. Eu preferiria ficar em casa com meu filho, porque amo ser mãe dele.

Além de sentir a pressão para ser uma supermãe, muitas mães precisam se dividir entre o trabalho e a família. Aquelas de nós que trabalham fora de casa constantemente passam pelo estresse de providenciar pessoas cuidadoras em tempo integral e podem se sentir culpadas e julgadas pelas escolhas que fazem. Aquelas de nós que param de trabalhar para cuidar da família podem ficar frustradas com a perda de identidade, e oportunidades de ascensão muitas vezes acompanham a saída do mercado de trabalho.

Meu cérebro está derretendo e saindo pelas orelhas. Sinto que tudo o que eu fui preparada para fazer, todas as minhas esperanças e aspirações, estão congeladas no tempo. Meu marido continua com a vida e o trabalho dele e ainda pode chegar em casa e ser um ótimo pai. [Às vezes] ele diz coisas como “você parece bastante sensível hoje”, e, de repente, eu falo “você fez xixi sozinho hoje? Você foi ao banheiro sozinho? É assim que eu avalio a qualidade dos meus dias agora”.

Para muitas mulheres, o trabalho não é opcional; é uma necessidade financeira. Para outras, o custo dos serviços de cuidados infantis pode fazer com que ficar em casa seja mais viável financeiramente. Algumas mulheres fazem grandes sacrifícios financeiros para ficar em casa. São decisões complexas, baseadas em nossos valores, prioridades, necessidades e privilégios.

O discurso de “guerra entre mães”, sustentado pela mídia, polariza as mães em dois campos: as que trabalham fora e as que ficam em casa. Na realidade, muitas de nós alternamos entre esses dois papéis. Com muita frequência, o senso comum ou enaltece mulheres trabalhadoras por realizarem várias tarefas ao mesmo tempo ou as condena por negligenciarem as filhas e filhos. Da mesma forma, mães donas de casa são ou enaltecidas por sua devoção à maternidade ou condenadas por desistirem de sua identidade e carreira. Não é à toa que todas nós nos sentimos julgadas.

Enquanto a sociedade idealiza a maternidade, o governo oferece pouco suporte concreto para crianças e famílias. Um bom exemplo disso é a licença-maternidade ser de quatro meses (120 dias) para a maioria das trabalhadoras com registro; porém, o aleitamento materno exclusivo deve ser levado até os seis meses da criança. Precisamos de políticas públicas que valorizem e apoiem famílias e cuidadoras, que são, em sua maioria, mulheres. Também precisamos avançar rumo a uma sociedade que reconheça que tanto mães como pais precisam estabelecer um equilíbrio entre suas vidas pessoais e profissionais.

Diz-se, com frequência, que é preciso uma aldeia inteira para educar uma criança. Encontrar a sua aldeia, formar redes de apoio e permitir que outros adultos responsáveis entrem no seu círculo vai enriquecer o seu mundo e o da criança. Como o primeiro exemplo para sua filha ou filho, mostrar o caminho com senso de equilíbrio, comprometimento às suas prioridades e uma rede de apoio estável vai proporcionar um mapa para a criança, enquanto ela ou ele percorre a estrada para a vida adulta.

Sempre que me sinto culpada ou começo a me preocupar com o que posso estar fazendo de errado, lembro a mim mesma de que, no fim, costuma ficar tudo bem. Porque uma grande parte da saúde emocional e física de nossas filhas e filhos, quando crescem, está relacionada ao tipo de mães e pais que somos. Mas uma parte maior ainda se deve às próprias crianças: seus temperamentos, habilidades, inteligência etc. E suas professoras, professores e colegas também têm papéis importantes nisso. Não existe um único e verdadeiro caminho para o sucesso na maternidade e na paternidade.

NOTAS

1. Marcela Tiboni, *Mama: um relato de maternidade homoafetiva*. Dita Livros, 2019.
2. Extraído de Claire Mysko e Magali Amadeï, *Does this pregnancy make me look fat? The essential guide to loving your body during pregnancy*. Health Communications Inc., 2009.

ABORTO ESPONTÂNEO, NATIMORTOS E OUTRAS PERDAS

APESAR DE serem frequentes, as perdas gestacionais e durante o parto não são amplamente reconhecidas, compreendidas ou acolhidas em nossa cultura. São poucos os livros sobre gravidez que tocam nesse assunto a fundo. Quando o fazem, tendem a disfarçar ou esconder as informações. Profissionais de saúde, em sua maioria, ficam relutantes em informar mulheres sobre a possibilidade desse tipo de perda ou até mesmo em discutir opções médicas para esses casos, a não ser que algum problema ocorra. Essa falta de conhecimento significa que apenas no meio de uma crise sabemos quais são nossas opções e faremos escolhas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o CID-11 definem abortamento como a interrupção de uma gravidez antes de 20 semanas. Quando a idade gestacional for incerta, o peso menor que 500g pode ser utilizado como critério para definição.

A perda de uma gravidez, conhecida também como abortamento, bem como a morte de bebê durante a gestação ou após o parto, muitas vezes é um golpe forte e chocante. O luto nessas situações pode ser intenso.

Nós voltamos do hospital para casa atordoadas e cansadas. Eu estava fraca e extremamente triste. Não sei se já experienciei uma dor emocional tão profunda como aquela. A perda foi tão grande e tão pesada... Nos primeiros dias eu não conseguia falar com ninguém, mas ao mesmo tempo era doloroso ficar sozinha. Eu só chorava, chorava... sem parar.

Outra pessoa comenta sobre seu aborto espontâneo:

Eu estava histérica com o luto e com inveja de todas as pessoas que eu via grávidas ou empurrando seus carrinhos. Eu não conhecia ninguém que tinha passado por um aborto espontâneo. Foi terrível! Mesmo que você saiba que abortos espontâneos são comuns, há uma esfera de segredo e vergonha que ainda circunda a experiência.

Pessoas que experienciam a perda de gravidez ou de bebê precisam de suporte emocional e de cuidado das pessoas que atuam como profissionais da saúde, de familiares e de amigas e amigos, tanto durante quanto depois da perda. Aos poucos,

os hospitais estão começando a rever seus protocolos para proporcionar um atendimento mais sensível às pessoas que estão vivendo este luto, porém, a maioria das iniciativas se volta para as perdas em gestações mais avançadas, enquanto a necessidade de promover atendimento empático às pessoas que vivem um aborto continua invisibilizada. Em algumas cidades brasileiras, como São Paulo, por exemplo, há leis que obrigam as maternidades a disponibilizar quartos separados para pessoas em situação de abortamento ou com óbitos fetais. Profissionais da saúde sensíveis e grupos presenciais ou on-line, assim como nossos parceiros e parceiras, podem nos ajudar com o isolamento que muitas vezes acompanha o luto. Eles também podem nos apoiar durante esse processo e ajudar na superação, além de nos amparar quanto a decisões sobre futuras gestações.

Depois de experienciar essas perdas, grande parte das pessoas têm outras gestações de sucesso, parindo bebês saudáveis. Mas isso não significa que a dor ou as perdas anteriores serão esquecidas.

TIPOS DE PERDA GESTACIONAL E NO PARTO

Perdas gestacionais e neonatais ocorrem de diversas maneiras, podendo se caracterizar como abortamento espontâneo, gravidez ectópica ou molar, gestação anembrionada ou aborto retido, perda em uma gravidez múltipla, natimortos e morte neonatal. Também podem ocorrer pela decisão de não levar até o fim a gestação de um feto com anomalias genéticas ou mesmo por escolha voluntária de interrupção de uma gestação.

ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

O abortamento espontâneo, que é uma perda gestacional¹ antes da 20ª semana, é, de longe, o tipo de perda mais comum: estima-se que de 15% a 20% das gravidezes terminem em aborto espontâneo.² O risco desse tipo de perda aumenta conforme envelhecemos, porque a maior parte dos abortamentos acontece por anomalias cromossômicas. Pessoas com útero com menos de 30 anos têm 12% de chance de passar por um aborto espontâneo, enquanto que, para aquelas com entre 30 e 34 anos, a possibilidade é de 15%. Para as que têm de 35 a 39 anos, o percentual é de 25% e, para as que têm entre 40 e 44 anos, 40%. Por sua vez, gestações de pessoas com mais de 45 anos podem ter esse resultado em 80% das vezes.

A maior parte dos abortos espontâneos acontece entre a primeira e a décima segunda semana de gravidez – estima-se que até 80% das perdas gestacionais ocorram no primeiro trimestre. Após a 12ª semana, o risco de abortamento reduz significativamente para cerca de 1% das gestações.

Além disso, a grande maioria dos abortos espontâneos não pode ser evitada. Muitas vezes, perdas precoces ocorrem sem um embrião detectável. São várias as causas do abortamento espontâneo e não há qualquer fator de risco que tenha exatidão suficiente para prevê-lo. Os fatores de risco mais importantes são: idade avançada; histórico de abortamentos; certas questões de saúde, como endocrinopatias, distúrbios metabólicos (obesidade, diabetes descompensado, problemas na tireoide) e síndrome antifosfolípide (relacionada a problemas com coagulação); uso de medicamentos e consumo de drogas (lícitas e ilícitas); exposição a toxinas ambientais e industriais; estresse crônico; e trauma. Cerca de 70% dos casos no primeiro trimestre da gestação, bem como 30% dos que acontecem no segundo trimestre, são causados por anomalias cromossômicas, seja no esperma ou no óvulo. Por isso, o risco de perda precoce da gravidez diminui com a idade gestacional.

Outras condições que podem gerar o aborto espontâneo incluem infecções e alterações no útero ou no colo do útero (se você quiser conhecer melhor sobre elas, consulte o capítulo 1, “Anatomia sexual, reprodução e ciclo menstrual”).

Uma dúvida que pode haver entre as pessoas que gestam é se abortamentos podem ser provocados por exames. Há muito receio por parte das pessoas gestantes em realizar exames com radiação, porém raramente essas perdas acontecem em decorrência desse tipo de exame, e mesmo exames mais invasivos, como amniocentese ou biópsia das vilosidades coriônicas (realizados sob indicações para investigar algum tipo de infecção fetal, tal como toxoplasmose na fase aguda), dificilmente têm qualquer relação com perdas gestacionais.

Muitas pessoas gestantes ficam sabendo que sofreram ou sofrerão um aborto espontâneo em consultas pré-natais de rotina, antes mesmo de sentirem quaisquer sintomas físicos da perda, como no caso de abortos retidos, em que havia batimento cardíaco antes de 12 semanas e o coração parou de bater, ou ainda em gestações anembrionadas, em que não se desenvolveu o embrião, apenas o saco gestacional. Em outros casos, algumas percebem que os primeiros sinais da gravidez (náusea, cansaço, sensibilidade ou inchaço nos seios) diminuíram ou acabaram. Os primeiros sintomas que indicam que um aborto espontâneo se iniciou são escapes ou fluxo sanguíneo pela vagina, seguidos por cólicas na parte inferior das costas (região lombar) ou no abdômen; porém um pequeno sangramento também pode ser associado ao processo de nidação, que é quando o saco gestacional se implanta no tecido uterino. Portanto, é preciso acompanhar os sintomas e esperar para que haja confirmação.

Esse processo de espera pode ser fonte de muita ansiedade para pessoas que gestam, principalmente para aquelas que têm uma gestação planejada e desejada. Muitas vezes, elas são alvo da indústria farmacêutica, que vende medicações que supostamente poderiam impedir um abortamento, mas que não possuem qualquer evidência científica, uma vez que a maior parte dos abortamentos decorre de anormalidades cromossômicas que o próprio corpo entende não serem compatíveis com a vida.

Fiz o meu primeiro ultrassom apenas para confirmar a gravidez. Mas ainda era cedo para definir sinais vitais e, por isso, marcamos um novo exame algumas semanas depois. Mesmo consciente da possibilidade de que a gestação poderia não seguir, confesso que não acreditava que realmente pudesse acontecer e, muito menos, que fosse tão comum. Por isso, não entendi o que o médico responsável pelo exame quis dizer quando disse que não havia sinais vitais. Percebendo que eu não havia compreendido, ele repetiu: “você entenderam o que eu disse?”

De fato, foram alguns dias para processar o que estava acontecendo.

O médico ainda disse que poderíamos esperar mais pra confirmar e que deveríamos fazer um novo exame dentro de uma semana. Durante esses dias, foi difícil lidar com as emoções conflitantes. Por um lado, a esperança de que o coraçõzinho começasse a bater nos dias seguintes, por outro, a racionalidade de que era muito pouco provável que isso fosse acontecer. No exame seguinte, veio a confirmação: o embrião não se desenvolveu e era apenas questão de tempo para que o aborto se efetivasse.

Marquei uma consulta com o obstetra para que ele nos orientasse sobre o que fazer, e ele nos deu a opção de fazer o procedimento para limpeza do útero imediatamente ou esperar que o próprio corpo seguisse o processo. Escolhi esperar meu corpo e, durante esse tempo, foi um desafio lidar com a consciência de que os sintomas que seguiam eram apenas passageiros. Por outro lado, o tempo foi importante para que eu também refletisse sobre o que estava ocorrendo.

Alguns dias depois, veio a cólica mais forte que o comum, e parece que só então me dei conta. Chorei de verdade lamentando a frustração das expectativas que, naturalmente, já tinha alimentado.

Imaginar o sexo, o rostinho, enfim, imaginar os detalhes de como será a vida dali em diante é automático no instante que recebemos a confirmação de uma gravidez planejada, e ter uma perda nesse processo é bastante doloroso e solitário também porque a maioria das pessoas não sabe o que está acontecendo.

A maioria das pessoas grávidas apresenta manchas de sangue ou algum sangramento vaginal durante o primeiro trimestre da gravidez sem que isso signifique um aborto espontâneo. Já um sangramento no segundo trimestre provavelmente é sinal de perda gestacional. Se você tiver qualquer sangramento vaginal durante a gravidez, profissionais da saúde podem ajudar a determinar se ele pode resultar em um aborto espontâneo ou se tem alguma outra causa que não coloca a gravidez em risco.

Se um exame de sangue ou ultrassom indicar que você irá sofrer uma perda gestacional, você e a pessoa profissional de saúde que a acompanha no pré-natal vão precisar decidir se deixarão o aborto espontâneo se desenrolar de forma natural ou se agendarão um procedimento para encerrar a gravidez.

Há diversas maneiras de terminar uma gravidez. O primeiro método recomendado e que deve ser oferecido a quem gesta é o que profissionais de saúde chamam de “conduta expectante”, que significa esperar por até quatro semanas a evolução natural para uma expulsão espontânea dos tecidos gestacionais. O tempo de quatro semanas é dado porque corresponde ao tempo que ocorre a expulsão espontânea após a involução do saco gestacional. Caso a expulsão não ocorra espontaneamente ou a pessoa não aceite a espera, realiza-se, em ambiente hospitalar, o esvaziamento uterino, que pode ser feito de forma farmacológica, com o uso de misoprostol, e/ou mecânica, por meio de vácuo-aspiração ou dilatação e curetagem.

A forma mais efetiva de realizar o abortamento farmacológico com menos efeitos colaterais é por meio da combinação de mifepristona seguida de misoprostol. Como no Brasil não dispomos do mifepristona, o procedimento é feito apenas com misoprostol em comprimidos de uso vaginal exclusivo em ambiente hospitalar. Nesse processo, pode levar de horas a mais de um dia até que a expulsão aconteça.

Como principais vantagens do uso do misoprostol, pode-se elencar: ausência da possibilidade de perfuração uterina e formação de sinéquias (formação de ligamentos de sequelas dentro do útero que podem dificultar uma nova gestação), redução dos riscos de sequelas inerentes à dilatação mecânica do colo uterino e não demanda de procedimento anestésico. Como desvantagens, tem-se o maior tempo de resolução (às vezes dias); maior prevalência de alguns sintomas, como cólicas, sangramento, náuseas, febre e calafrios; necessidade eventual de complementação cirúrgica e de transfusão de sangue; e a ansiedade da pessoa gestante pela espera.

Pessoas com cicatriz uterina têm risco de 0,28% de rotura uterina durante o abortamento farmacológico no segundo trimestre. Por isso, em caso de cicatriz uterina anterior (cesárea ou miomectomia), a dose de misoprostol não deve ser maior que 200 mcg vaginal a cada seis horas quando estamos tratando de uma gestação no segundo trimestre. Até nove semanas, o preconizado é a dose de 800 mcg, podendo ser repetida a cada três horas. Se não for suficiente para provocar a expulsão dos tecidos gestacionais, é necessária a realização de aspiração manual ou elétrica do útero ou a dilatação do colo do útero seguida de curetagem.

No início da gestação, provocar a expulsão com misoprostol funciona em mais de 80% das vezes, mas as taxas de insucesso são mais altas depois de dez semanas. Entre a 12ª e a 14ª semana, há a necessidade de associação com um método cirúrgico, que pode ser a aspiração manual ou elétrica do útero por meio da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), uma técnica de sucção que remove o tecido gestacional e que pode ser feita em um hospital ou maternidade, com anestesia ou apenas com um tipo de bloqueio paracervical, ou então a dilatação e curetagem, que é um método considerado obsoleto e inseguro pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devendo ser usado apenas na indisponibilidade de AMIU. A OMS e a Federação Internacional de

Ginecologistas e Obstetras (FIGO) recomendam que a curetagem seja usada apenas se a aspiração intrauterina não estiver disponível. No Brasil, o número de curetagens é muito superior ao número de aspirações, e elas são realizadas de maneira indiscriminada sem que seja dada uma chance a métodos mais recomendados.

O tratamento ambulatorial realizado com misoprostol poderia ser uma das opções. Ele é recomendado fortemente pela OMS para gestações de até 9 semanas, podendo ser feito em casa e acompanhado, mesmo que a distância, por profissionais com capacitação. Porém, como o misoprostol no Brasil é restrito ao uso intra-hospitalar, muitas gestantes acabam precisando ser internadas e, muitas vezes, são submetidas a procedimentos desnecessários que podem acarretar sequelas.

Se a expulsão ocorrer naturalmente, o embrião ou feto, o saco amniótico e os demais tecidos gestacionais, junto com uma grande quantidade de sangue, serão expelidos. Nesse cenário, você provavelmente não estará em uma unidade de saúde quando o processo se iniciar. Como pode durar um ou mais dias, é melhor estar acompanhada por profissionais de saúde, visto que há o risco de você ter um sangramento muito intenso, o que poderá levar a um procedimento de emergência para finalizar o aborto. Uma forma simples e importante de avaliar a quantidade de sangramento é usar um absorvente externo durante e após a expulsão dos tecidos. Caso você encha mais de dois absorventes noturnos num período de uma hora por duas horas consecutivas, esse é um sinal de alarme para procurar um serviço de saúde. Ou, ainda, se houver presença de secreção com odor fétido, dor abdominal intensa e/ou febre.

Se você estiver com menos de 9 semanas de gestação quando a expulsão ocorrer, o tecido expelido pode ser bem parecido com um fluxo menstrual intenso. No entanto, se você tiver chegado à fase entre 9 e 12 semanas, mais tecido será expelido e a expulsão pode ser mais dolorosa. Nesse caso, se você puder escolher experienciar esse processo de forma natural (o que nem sempre é possível), ou seja, sem intervenções médicas, tente ter alguém de confiança e com alguma experiência com você – inclusive durante a noite, se necessário. Escolha um lugar em que você se imagine o mais confortável possível e tenha à disposição itens como lençóis, absorventes, garrafas de água quente ou bolsas térmicas. Além disso, você pode pedir a profissionais da saúde que lhe prescrevam medicamentos para dor, caso você precise, e a orientem sobre quais parâmetros indicam que você precisa procurar um hospital.

Eu estava mais bem preparada para o meu segundo aborto espontâneo em casa. Minha médica prescreveu um bom medicamento para dor e eu estava mais preparada para lidar com todo o sangue. Também estava ciente da quantidade de sangue que poderia representar algum perigo para mim. Mas eu estava sozinha e foi horrível ter que passar por isso sem ninguém. Queria muito ter tido o bom senso de garantir uma mão amiga para me acalmar, me confortar ou mesmo trazer um chá durante aquelas horas horríveis.

Lidando com o que ficou da gravidez

Se tiver um aborto espontâneo, você pode querer pensar no que fazer com o que sair do seu corpo. Algumas pessoas coletam esse material e enviam para um laboratório hospitalar para fazer testes e tentar determinar a causa da perda gestacional. Outra possibilidade é fazer um ritual. Em geral, no Brasil, quando há situações de abortamento em curso ou abortamentos incompletos que ocorrem em casa, as pessoas procuram o serviço de saúde depois e esse material é enviado para análise anatomopatológica apenas para confirmação de que se trata de tecidos gestacionais. Na maioria das vezes, essa análise simples não mostra a causa da perda.

Haverá alguns coágulos de sangue e pode ser que você note um tecido que seja mais firme que ele, que não se dissolve. Esse tecido placentário é bem comum no pós-parto. Além disso, você pode ou não ver algum tecido que pareça com um embrião ou um feto, mas apenas a partir de 8 a 9 semanas, pois até esse momento só é possível ver, na análise, o saco gestacional, que parece um tecido em forma de círculo, todo recoberto por uma aparência “pelúcida”.

Assim que tudo no seu útero tiver sido expelido, o sangramento continuará e haverá redução da cólica, diminuindo no decorrer dos dias. Se o sangramento aumentar ou permanecer vermelho-vivo, bem como se você tiver algum corrimento mal cheiroso ou febre, procure ajuda médica. Se algum tecido fetal permanecer no seu útero, é possível que seja realizado um procedimento de dilatação e curetagem ou de dilatação e aspiração para removê-lo, evitando infecções, como descrito anteriormente neste capítulo.

Apenas quando o sangramento tiver parado e o colo do útero se fechar, você poderá ter relações sexuais com penetração sem o risco de desenvolver alguma infecção. Como é difícil saber quando o colo do útero estará totalmente fechado, é recomendado que você espere duas semanas, apesar de não haver evidências que sustentem um tempo específico. Além disso, repetir o exame de sangue para gravidez depois de algumas semanas é importante para garantir que os níveis hormonais estejam normais. O beta HCG (gonadotrofina coriônica humana, hormônio produzido pelo tecido placentário) pode continuar positivo pelas três semanas seguintes e o sangramento pode continuar em pouca quantidade por até 45 dias. Se você se sentir tonta ou cansada, peça um exame para checar se está com anemia.

Caso não saiba qual é seu tipo sanguíneo, faça um exame depois de alguns dias do aborto espontâneo. Se o seu tipo sanguíneo for Rh negativo, você pode precisar de uma injeção de imunoglobulina Rho(D) em até 72 horas após o ocorrido, pois, se estava carregando um feto com Rh positivo, há uma pequena chance de você ter sido exposta às células sanguíneas de Rh positivo do tecido fetal durante o aborto espontâneo. Essa injeção previne que seu corpo produza anticorpos para o sangue Rh positivo, que poderiam ferir um feto em uma próxima gestação. Para ter acesso a ela,

converse com a pessoa profissional que a acompanhou no pré-natal ou no hospital. Nem sempre você conseguirá receber essa injeção nas Unidades Básicas de Saúde e, nesse caso, você precisará receber orientações sobre como consegui-la na sua região. A recomendação para imunoglobulina, no Brasil, é apenas para os abortamentos após 9 semanas; após 12 semanas, a dosagem é de 50 mcg a 300 mcg. Porém, o nível de evidência que sustenta essa necessidade ainda é baixo.

Observo o meu corpo e é como observar ele se esvaziando. Primeiro, o leite secou. Depois, a perda de peso. Já quase não dá pra ver a listra da minha barriga gestante e isso assusta. Parece que meu corpo está apagando os vestígios da existência do meu filho nesse mundo.

Testando as causas do aborto espontâneo

Se você sofrer um aborto espontâneo durante o segundo trimestre ou se já tiver passado por dois ou mais abortos desse tipo, recomenda-se a realização de testes de análise que possam ajudá-la a identificar suas causas. Esses testes servem exclusivamente para realizar exames genéticos do tecido do embrião ou feto eliminado, em busca de um motivo para a(s) perda(s), e não é capaz de dizer a forma como o abortamento ocorreu, se espontâneo ou provocado.

Caso esteja em casa quando sofrer a expulsão do aborto espontâneo, você pode conseguir coletar o tecido gestacional em um recipiente limpo para que seja examinado em um laboratório hospitalar, com pedido médico. Nesse caso, no Brasil, é necessário ir a um hospital para receber assistência e entregar à equipe de saúde o recipiente contendo o tecido expelido, para que seja enviado ao laboratório.

Aqui, é importante fazer uma ressalva. Como o aborto provocado é criminalizado no Brasil na maioria dos contextos, pode ser que você tenha algum receio de buscar atendimento hospitalar por imaginar que poderá sofrer alguma sanção penal. Saiba que receber assistência em saúde que vise “à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988) é um direito seu, garantido pelo artigo 196 da Constituição de 1988 e pelo SUS. Não há uma forma de descobrir se o abortamento foi provocado ou espontâneo, pois não existe diferença entre o que acontece no aborto espontâneo inicial e no provocado (se provocado com métodos seguros). Além do mais, subentende-se que, se a interrupção foi voluntária, não há motivo para realizar essa investigação, já que a causa é nítida. Portanto, se você receber assistência de alguém que a maltrate por pensar ou insinuar que você provocou o aborto, é possível fazer uma denúncia.

Exames de sangue podem identificar ou eliminar alterações hormonais, imunológicas ou cromossômicas nos genitores. Já exames do útero por ultrassom, histeroscopia ou histerossalpingografia (HSG), assim como biópsias endometriais, podem fornecer informações importantes de causas anatômicas que possam ter provocado o aborto, como miomas uterinos, presença de infecção ou de aderências que possam ter sido causadas por curetagem anterior, por exemplo.

Pode ser bom marcar uma consulta após a perda gestacional para discutir os resultados. Peça uma cópia do relatório patológico, bem como uma explicação detalhada de toda a terminologia. Se o seu relatório indicar a causa do aborto espontâneo, essa informação será importante para determinar se há risco de outra perda gestacional no futuro. De todo modo, mesmo que a causa não possa ser determinada – o que geralmente acontece –, você pode conseguir descartar causas prováveis de abortos espontâneos repetidos e, ao menos, ter certeza de que fez tudo o que estava ao seu alcance para conseguir uma resposta.

A recuperação física de um aborto espontâneo leva de alguns dias até algumas semanas, e a sua menstruação provavelmente voltará depois de quatro a seis semanas.

Por outro lado, a recuperação emocional, muitas vezes, demora mais do que isso. Então, permita-se ficar triste, procure explicações médicas, se houver, e converse com outras pessoas que também passaram por uma perda como a sua. Lembre-se de que a maioria dos abortos espontâneos acontece apenas uma vez e de que passar por isso não quer dizer que irá ocorrer novamente.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

Define-se gravidez ectópica (GE) quando a implantação e o desenvolvimento do blastocisto (embrião) ocorrem fora do local esperado, ou seja, da cavidade do útero. A mais frequente é a gravidez tubária (90% a 95% dos casos), em que a implantação do embrião acontece nas trompas que ligam o útero aos ovários. No entanto, a gestação ectópica pode ocorrer também no ovário, no colo do útero, na cicatriz da cesárea e na cavidade abdominal, sendo denominada gravidez não tubária. A incidência de GE é de 1% a 2%, ou de 10 a 20 por 1.000 nascidos vivos. A GE é considerada a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre de gravidez.

Dado que a gravidez ectópica gera risco à vida da pessoa gestante, ela requer tratamento imediato. A taxa desse tipo de gravidez aumentou nas últimas décadas, muito provavelmente devido ao aumento de gestações por pessoas com mais idade e usando tecnologias reprodutivas avançadas – fatores que podem levar ao desenvolvimento desse tipo de gestação. Para mais informações sobre anatomia, veja o capítulo 1, “Anatomia sexual, reprodução e ciclo menstrual”.

Os principais fatores de risco são GE prévia, doença inflamatória pélvica, cirurgia tubária, infertilidade, endometriose, pessoas usuárias de dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepção de emergência, tabagismo e presença de aderências no útero, que podem ter sido causadas por curetagens anteriores. Se você já teve ou tem qualquer um desses fatores, seu risco é aumentado, sendo o principal deles ter tido uma gravidez ectópica anterior.

Se você tiver uma gravidez ectópica, seu teste de gravidez vai ser positivo e você poderá experimentar todos os sinais usuais de início de gestação. Sangramento vaginal, tontura, fraqueza e até desconforto gastrointestinal são sintomas iniciais comuns. À medida que a gravidez progredir, a pressão na trompa ou no abdômen pode causar dores agudas, cólicas, dor no ombro ou um desconforto chato que pode ter diferentes intensidades, assim como ir e voltar. É extremamente importante que você se comunique com a pessoa profissional de saúde que acompanha seu pré-natal caso tenha sangramento vaginal e/ou uma dor aguda na área pélvica, no abdômen e/ou no pescoço e nos ombros. Se a gravidez ectópica não for diagnosticada precocemente, a trompa de falópio pode se romper, causando uma grande perda de sangue e choque.

Além disso, se você tiver qualquer um dos sintomas da gravidez ectópica, peça exames que chequem seu nível hormonal a cada dois ou três dias, o beta HCG quantitativo, e faça um ultrassom transvaginal assim que possível (em torno de seis semanas). Geralmente, a GE é mal diagnosticada como um aborto espontâneo no início da gestação; por isso, normalmente, é pedido um exame de sangue de gravidez após a suspeita do aborto espontâneo. O exame pode ajudar a confirmar a presença ou a ausência de tecido fetal residual.

Se a gravidez ectópica for descoberta cedo, a profissional de saúde pode receitar um medicamento, como o metotrexato (MTX), que irá dissolver o tecido embrionário. Entretanto, nem todas as pessoas que possuem uma gestação “nas trompas” podem usar o metotrexato. Existem critérios para isso, entre os quais: não estar com pressão baixa súbita, taquicardia ou dor abdominal intensa; a “imagem” no ultrassom deve ter um diâmetro menor do que 3,5 cm; não ser possível visualizar o embrião ou os batimentos cardíacos no ultrassom; e ter os níveis do “hormônio da gravidez” (o beta HCG) inferiores a cinco mil. Há, ainda, a necessidade de assinar um termo autorizando esse tipo de tratamento. O tratamento com essa medicação não será possível caso a pessoa gestante não se encaixe nesses critérios ou caso, além de uma gravidez “na trompa”, tenha outra gravidez dentro do útero (chama-se gestação heterotópica). Pacientes que possuem alguma imunodeficiência (leucócitos inferiores a dois mil unidades) ou plaquetas inferiores a cem mil unidades também não podem receber o metotrexato.

Se sua gravidez estiver mais avançada, não cumprir com os critérios acima mencionados e os níveis de beta HCG seguirem aumentando a cada 48 horas, você poderá

precisar de uma videolaparoscopia, procedimento no qual são feitas pequenas incisões no abdômen para inserir uma luz de fibra óptica (laparoscópio) e outros instrumentos com o objetivo de visualizar a área pélvica e remover o tecido embrionário. Profissionais da saúde vão tentar manter a trompa de falópio, se for possível fazê-lo. Por vezes, a laparoscopia pode ser mal sucedida ou arriscada, como, por exemplo, se a trompa de falópio estiver rompida. Nesse caso, o procedimento cirúrgico a ser feito é a laparotomia, que envolve uma incisão maior e não requer luz de fibra óptica. Tanto na laparoscopia quanto na laparotomia a trompa pode ser removida, se necessário. Depois de qualquer um desses tratamentos, exames sanguíneos serão realizados para verificar se houve mudanças nos níveis de HCG, buscando confirmar que não há mais nenhum tecido ectópico.

O desenvolvimento da gestação fora do útero pode provocar ruptura do órgão em que o embrião está implantado, levando a um quadro de emergência em que a pessoa sente dor abdominal muito forte, com ou sem sangramento vaginal de pequena quantidade, náuseas, vômitos, hipotensão e batimentos cardíacos acelerados. O sangue espalhado no abdômen pode gerar uma irritação dessa região, bem como dor no ombro.

A perda de uma gravidez ectópica pode trazer sentimentos parecidos aos que seguem um aborto espontâneo, assim como medo de que uma gestação como essa possa ocorrer novamente. Se você teve sangramento interno ou passou por uma cirurgia emergencial traumática, procure apoio adicional e converse com profissionais da saúde sobre como o ocorrido pode afetar concepções e gestações futuras, além de como minimizar riscos futuros.

Perdas gestacionais recorrentes

Não existe consenso quanto à definição de abortamento recorrente. O conceito clássico refere-se a três ou mais perdas espontâneas sucessivas. No entanto, há autoras e autores que consideram o abortamento recorrente quando há duas perdas clinicamente reconhecidas (gestação confirmada por imagem ultrassonográfica ou por estudo anatomopatológico).

As perdas recorrentes comprometem 1% dos casais. Quanto maior o número de abortamentos e a idade de quem engravida, menor a chance de se alcançar uma gestação viável. O risco de novo abortamento chega a 40% após três perdas sucessivas. Uma pequena parte das pessoas que gestam experiência múltiplos abortos espontâneos ou perdas de gestações mais desenvolvidas, não conseguindo chegar ao parto com um bebê saudável.

Sua causa é variável, podendo ser em decorrência de alterações cromossômicas, inflamatórias, imunológicas (síndrome do anticorpo antifosfolípide, lúpus e doença celíaca), anatômicas (malformações uterinas e insuficiência ist-

nocervical) e endocrinológicas (hiperprolactinemia, insuficiência de corpo lúteo, diabetes ou tireoidopatia descompensados), entre outras. Mesmo com uma investigação cuidadosa, sua causa não é identificável em 40% a 50% dos casais.

Para mais informações, você pode consultar o documento “Aborto: classificação, diagnóstico e conduta”, produzido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) em 2021 e disponível gratuitamente na internet.

Se você sofreu múltiplas perdas, ter apoio é crucial.

Amigas me encorajaram a ligar para pessoas que elas conheciam e que tinham passado por situações parecidas. Isso me ajudou muito. Adorei conversar com uma mulher de Oregon, Estados Unidos, que teve quatro abortos espontâneos antes de descobrir que tinha um distúrbio de coagulação do sangue, e com outra, de Boston, também nos Estados Unidos, que sofreu três abortos espontâneos e hoje tem dois meninos. Essas mulheres se tornaram minhas amigas.

GRAVIDEZ MOLAR

A gravidez molar, também chamada de tumor trofoblástico gestacional ou mola hidatiforme, acontece quando as células que deveriam se desenvolver na placenta acabam formando um tumor feito de trofoblastos (células pré-placentárias), e não é considerada uma gestação viável. Existem alguns tipos de gravidez molar, como aquele em que há desenvolvimento de embrião, que é a mola hidatiforme parcial, e aquele em que não há desenvolvimento de embrião, como na mola hidatiforme incompleta ou no coriocarcinoma.

A chance de ter uma Doença Trofoblástica Gestacional apresenta variação ampla em diferentes regiões do globo. No mundo, a prevalência da mola hidatiforme (MH) varia de 23 a 1.300 por 100.000 gravidezes, enquanto as formas malignas são mais raras (2,5 a 7 por 100.000 gestações). Estudos originados em países do Norte Global costumam citar taxas baixas (1 por 1.000 a 1.500 gravidezes), ao passo que publicações asiáticas e latino-americanas frequentemente citam taxas mais altas (1 por 12 a 1 por 500 gravidezes). No Brasil, estima-se que ocorra um caso de gravidez molar em cada 200 a 400 gestações.

Os sinais e sintomas desse tipo de gravidez geralmente são identificados em exames e consultas de rotina e incluem: sangramento vaginal, náuseas e vômitos acima do esperado, pressão alta e um crescimento do útero muito maior do que o esperado para a fase gestacional, além dos níveis de hormônio beta HCG extremamente altos. As gestações molares não podem ser tratadas com o método de dilatação e curetagem, pelo risco aumentado de perfuração uterina, sendo sempre necessária a

aspiração intrauterina (AMIU, procedimento descrito anteriormente neste capítulo). Em raras situações, é necessária a quimioterapia para tratar quaisquer células anormais que ainda fiquem por lá, ou caso a gestação molar seja um coriocarcinoma.

Um acompanhamento rigoroso depois da aspiração é muito importante para garantir que não há mais tecidos anormais e que houve total retorno às condições de saúde pré-gestacionais. Na maioria das pessoas, nessa fase, ocorre diminuição progressiva dos valores de beta HCG e nenhum tratamento adicional é necessário. Para acompanhar essa diminuição, é realizado exame de sangue semanal ou quinzenalmente até que haja normalização dos valores por três dosagens consecutivas, quando o acompanhamento pode passar a ser mensal durante seis meses. O início da contracepção deve ser proposto imediatamente após a aspiração uterina e permanecer durante o tempo de seguimento, sendo o anticoncepcional hormonal oral a escolha mais comum.

Aproximadamente 15% a 40% das pessoas com gestação molar podem desenvolver um tipo de câncer, que é a neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) pós-molar. Ela se caracteriza pelo fato de que, após o esvaziamento uterino, os níveis de hormônio beta HCG não caem ou começam a subir. Nesses casos, são necessários exames clínico e ginecológico, US transvaginal (USTV) com Dopplerfluxometria e radiografia de tórax para pesquisar a presença dessas células em outros locais. Talvez também seja necessária, além de quimioterapia, uma nova cirurgia, com possibilidade de retirada do útero.

Ter tido uma gravidez molar pode aumentar a chance de nova gestação molar; porém, de modo geral, essa chance ainda é pequena. Estudos estadunidenses e ingleses mostram que mulheres com histórico de gravidez molar têm de 1% a 2% de chance de recorrência da doença em gestações subseqüentes, comparada à incidência de 0,1% na população geral. A taxa de recorrência é muito maior após duas gravidezes molares (16% a 28%), o que, junto à idade superior a 35 anos de quem gesta, está entre os principais fatores de risco.

A gravidez molar não impede você de ter outra gestação saudável, mas, assim como em qualquer outra perda gestacional, é possível que você passe por um período de luto, fique com medo e tenha dúvidas. Além disso, depois de uma gravidez molar, é recomendado que se evite engravidar de novo por um tempo (mais ou menos um ano), pois a melhor forma de garantir que nenhum tecido anormal ficou para trás é medir repetidamente os níveis de beta HCG – uma nova gravidez irá camuflar os resultados do exame.

Saber sobre o tecido trofoblástico me deixou inquieta. Preciso me manter ocupada, dormir. Mas não consigo parar de pensar, não consigo parar de chorar. Eu me sinto impotente. Preciso parar e viver esse luto, mas como posso fazer isso se nem chegou a ter alguém lá dentro?

ABORTO ESPONTÂNEO EM GESTAÇÕES MÚLTIPLAS

Casos de aborto espontâneo ocorrem com mais frequência em gestações múltiplas, ou seja, naquelas em que há dois ou mais embriões ou fetos. Houve um grande aumento no número de gestações múltiplas nos últimos tempos, pois as pessoas com idade superior a 30 anos têm engravidado com mais frequência e também porque há aumento na realização de tratamentos para infertilidade, que aumentam as chances desse tipo de gestação.

Por conta da qualidade dos testes precoces realizados nos exames pré-natais, às vezes ocorre a descoberta de gestação múltipla e, posteriormente, o diagnóstico de que houve a morte de um ou mais de um feto. Essa situação, nos estágios iniciais da gravidez, é chamada de síndrome do gêmeo desaparecido (SGD) e pode ser associada a algum sangramento vaginal durante os primeiros seis meses. Por isso, pode ser difícil saber como reconhecê-la e como fazer o luto dessa perda.

Gestações múltiplas, em especial aquelas com mais de dois fetos, são bem mais arriscadas do que as gravidezes com apenas um feto, tanto para quem gesta quanto para os fetos. Em alguns casos, a gestante deve escolher interromper o desenvolvimento de um ou mais fetos para aumentar as chances dos que sobreviverem.

No começo da minha primeira gravidez, descobri que estava grávida de gêmeos. A notícia foi chocante e assustadora, mas fiquei animada. Então, um dos gêmeos parou de se desenvolver. Não tive nenhum sintoma ou sinal de aborto espontâneo e, eventualmente, o feto foi reabsorvido pelo meu corpo. A maioria das pessoas não sabe o que dizer quando você conta que perdeu um bebê. Muitas comentaram: “Bom, mas você só estava tentando ter um mesmo”. Ouvir esse tipo de comentário não me ajudava em nada. Estava preocupada com a saúde do gêmeo “saudável” e com a possibilidade de a gravidez dar certo, além de me perguntar o que tinha acontecido de errado com o meu corpo. Fiquei muito feliz e aliviada quando, seis meses depois, meu filho nasceu, mas ainda penso, de vez em quando, em seu irmão gêmeo e na ansiedade que tive durante a gravidez. Demorou muito tempo para que eu entendesse de que forma essa perda me afetou.

PERDAS GESTACIONAIS APÓS O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE ANOMALIAS FETAIS INCOMPATÍVEIS OU OUTRAS SITUAÇÕES QUE LEVEM À POSSIBILIDADE DE INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GESTAÇÃO

Tudo corria perfeitamente bem, quando, em um exame de rotina com 23 semanas de gestação, descobrimos que a Elis apresentava algumas malformações (hérnia diafragmática e mielomeningocele). Naquele momento, a médica nos explicou sobre a possibilidade de passarmos por uma cirurgia intrauterina com um especialista em medicina fetal de São Paulo e eu me enchi de esperanças. Liguei imediatamente para marcar uma consulta para a semana seguinte. Na consulta, o médico repetiu o exame morfológico e identificou outros sinais na Elis, suspeitando de uma síndrome. Então, explicou para mim e meu marido que não seria um caso eletivo para a cirurgia, o que fez com que toda minha lista de perguntas sobre essa possibilidade não fizesse mais sentido. Na sequência, ele realizou a coleta do líquido amniótico para exames de cariótipo. Chegando ao hotel, ao ouvir a música “Debaixo d’água”, eu e meu marido choramos juntos, e muito! Cerca de dois dias depois, recebi pelo telefone o resultado. A médica explicou que a hérnia diafragmática junto com a trissomia do cromossomo 13 (Síndrome de Patau) era um diagnóstico fechado de letalidade, e acrescentou uma frase da qual nunca mais me esquecerei: “São bebês que não levamos para casa”. Faltam palavras para descrever o que senti naquele momento, mas a analogia de que eu estava caindo em um poço muito profundo e escuro ajuda a imaginar a sensação. Foram dias de angústia, tristeza e dúvidas. Me ofereceram a possibilidade de interromper a gravidez, mas não sentia que aquele seria um bom caminho para mim – apesar de compreender e não julgar a decisão de quem o faça. De fato, a incerteza era grande sobre qual seria a opção que traria menos sofrimento aos envolvidos diretamente: eu mesma, Elis, meu marido e as crianças. Tentava colocar todos esses elementos em uma equação matemática para resolver, e foi uma frase de uma médica conhecida, experiente nessas situações, que me auxiliou: “Você vai decidir com o seu coração!”. Que alívio eu senti!

No Brasil, há três possibilidades de interrupção voluntária da gestação, em que o desejo da mulher é levado em consideração sobre a escolha de continuar ou não grávida. Essas possibilidades incluem: gestações decorrentes de estupro, gestações que coloquem em risco a vida de quem gesta ou, ainda, gestações de fetos anencéfalos ou com outras anomalias incompatíveis com a vida extrauterina.

A perda decorrente da interrupção de uma gravidez é diferente porque é fruto de uma decisão nossa, mas pode ser tão dolorosa e difícil quanto qualquer outra perda.

As visões religiosas, culturais, comunitárias e pessoais variam muito quanto às implicações éticas de interromper uma gravidez em circunstâncias como essas. Pessoas que experienciaram esse tipo de perda podem não falar abertamente sobre o assunto por terem medo de ser julgadas. Por isso, receber o apoio de quem passou por situações parecidas pode nos ajudar a aceitar a nossa decisão. Além disso, honrar a perda, mesmo quando ela decorre de nossa própria escolha, assim como reconhecer a validade do luto, pode ajudar no processo de superação desse luto.

Reduzindo o risco de ter um bebê natimorto

Infelizmente, a maioria dos casos de natimortos não pode ser evitada. No entanto, algumas estratégias podem ajudar a diminuir a taxa geral de ocorrências. Prover bons cuidados pré-natais, que sejam culturalmente adequados e que incluam assistência em relação ao desuso de drogas, álcool e tabaco, assim como informações sobre nutrição e ingestão adequada de ácido fólico, pode auxiliar no início de gestações mais saudáveis. Capacitar profissionais da saúde para detectar e guiar gestações com risco elevado de natimortalidade também pode diminuir a taxa de ocorrência, tais como diabetes gestacional.

Em geral, pessoas com algum problema de saúde, como diabetes ou hipertensão, que recebem um bom tratamento individual e são monitoradas de perto têm bons resultados e apresentam taxas de natimortalidade apenas um pouco maiores do que a média. Por sua vez, aquelas que já tiveram uma filha ou filho natimorto têm um risco maior de passar por essa experiência de novo e, por isso, sua próxima gravidez é, normalmente, acompanhada de perto com cuidado.

Aproximadamente um terço dos casos de natimortos apresentam uma diminuição da movimentação fetal, isto é, da movimentação da criança dentro da barriga, antes de essa condição se definir.

A presença de movimentos do feto sempre se foi entendida como sinal e constatação de vida; todavia, o monitoramento dos movimentos fetais como meio de avaliação do seu bem-estar é relativamente recente e é recomendado em gestações de baixo risco a partir de 34 semanas, de acordo com o Ministério da Saúde. Esse monitoramento se chama mobilograma e é feito pela pessoa gestante, por duas horas consecutivas, em posição semissentada, virada para a esquerda e concentrada naqueles movimentos. Caso durante duas horas consecutivas a mulher não observar seis ou mais movimentos por hora, recomenda-se procurar um serviço de saúde por mobilidade reduzida. É importante observar que, para realização do mobilograma, é necessário estar alimentada e concentrada naquela atividade. Essa é uma orientação simples que pode ajudar a prevenir óbitos fetais.

ÓBITOS FETAIS E NATIMORTOS

Consideram-se óbitos fetais (OF) os casos em que a perda ocorre após vinte semanas de gestação ou em que os fetos pesem mais de 500 gramas. Eles são bem menos comuns do que os abortos espontâneos. Em geral, são divididos em perda precoce (entre 20 e 28 semanas) e perda tardia (28 semanas ou mais). As causas mais comuns para perdas precoces são anomalias congênitas, problemas na placenta que causam sangramento e restrição do crescimento do feto, bem como infecções prematuras em fetos ainda muito novos para sobreviver. Já nos casos de natimortos depois de 28 semanas, muitas vezes os fetos são aparentemente saudáveis, mas, assim como na perda precoce, podem ocorrer problemas, como crescimento fetal deficiente, baixa oxigenação placentária ou separação prematura da placenta.

Alguns fatores aumentam os riscos de as mulheres terem natimortos, como ter mais de 40 anos ou menos de 15, bem como a ocorrência de gestações múltiplas, diabetes, tabagismo ou o uso de outras drogas. As causas dos OFs são divididas em causas que se relacionam com a saúde de quem gesta (como hipertensão arterial, diabetes mellitus, diabetes gestacional, síndrome de anticorpo antifosfolípide, trombofilias hereditárias e traumas), do feto (anomalias hereditárias e cromossômicas, infecções congênitas, como sífilis, malária, parvovirose, citomegalovírus etc., aloimunização Rh e hidropsias não imunes) ou da placenta e anexos (descolamento prematuro de placenta, insuficiência placentária, síndrome da transfusão feto-fetal, corioamnionite, prolapso de cordão e rotura de vasa prévia).

A médica do postinho, quando colocou esse troço que parece um microfone na minha barriga, ainda bem pequena, ao ouvir os batimentos bem altos e acelerados dele, disse assim: “Existe música mais bonita que essa?”. Antônio Rafael aquietou-se na minha barriga por muito tempo. Ele sempre mexia muito. Fomos para o hospital bem cedinho no dia 12 de outubro, dia de Nossa Senhora da Aparecida, dia das crianças, dia de Oxum. Muitos foguetes, e pareceu mesmo uma celebração da chegada do meu filho. O coraçãozinho dele já havia parado quando cheguei ao hospital.

Nunca vou esquecer o rosto da enfermeira que nos acolheu quando ela não ouviu os batimentos do coraçãozinho do Antônio Rafael, a enfermeira Luíza. Eu disse pra ela que eu já sabia. Eu sabia que isso poderia acontecer. Não significa que estivesse doendo menos porque eu já sabia, nem que pudesse existir algo capaz de fazer meu coração voltar para o meu corpo depois de o segundo aparelho encostado na minha barriga não amplificar os batimentos do coração do meu filho. Lembro que a enfermeira quis refazer o exame e pedir o ultrassom, disse que os aparelhos eram ruins, foi muito cuidadosa. Mas eu havia escutado tão nitidamente o coraçãozinho dele antes, naqueles mesmos aparelhos, que não tive dúvida, ele estava nos deixando.

Entramos na sala para fazer a ultrassonografia. A médica ligou o aparelho. E lá estava ele: quieto, sereno, morto. Tirando isso, tudo normal: líquido, placenta, tamanho do bebê. Fiquei com pena da médica. Ela era jovem e claramente despreparada para tamanha tragédia. Não chorei, pois já sabia. Não lembro da reação da minha mãe. Eu estava em outro lugar.

A maioria das mortes fetais é detectada antes do trabalho de parto começar, com frequência em uma consulta pré-natal de rotina ou quando a pessoa gestante percebe a ausência dos chutes e dos movimentos habituais. Nesses casos, um ultrassom poderá confirmar se a/o bebê realmente morreu. Caso seja detectado óbito fetal, você terá que tomar algumas decisões sobre como proceder. É possível que você se sinta apressada para que o nascimento aconteça imediatamente. Devido à ausência de treinamentos e sensibilizações sobre como prestar apoio a uma pessoa enlutada, há uma ideia entre as pessoas profissionais de saúde de que a velocidade na ação e na tomada de decisão pode reduzir o sofrimento. Porém, os relatos de pessoas que vivenciaram luto parental dizem o contrário.

Lavei, passei e organizei uma mala linda para a maternidade, mesmo sabendo que meu filho provavelmente jamais vestiria aquelas roupinhas. Quis fazer sozinha, mesmo assistida por minha mãe e meu pai. Eu precisava viver cada detalhe desse momento sozinha, olhar cada roupinha em que imaginei ele dentro e aceitar.

Ter tido a oportunidade de receber a notícia e decidir o próximo passo com calma, no seu próprio tempo, foi relevante para muitas famílias enlutadas. Se não houver indicação de realizar um parto imediato, como no caso de descolamento prematuro da placenta, que coloca em risco a vida de quem gesta, é possível optar pela conduta expectante, ou seja, esperar para que o trabalho de parto aconteça. Essa conduta pode ser aguardada por até quatro semanas, segundo as recomendações da Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO). Se for possível esperar, tome esse tempo para se preparar para essa experiência e para reunir sua rede de apoio, uma vez que pode levar dias ou semanas para o trabalho de parto iniciar. Se você optar por não esperar o início espontâneo do trabalho de parto e desejar vivenciar um parto normal, a indução do parto também é uma opção, e como ela acontecerá dependerá de alguns fatores, como se você tem dilatação, se a bolsa não se rompeu ou se você já teve uma cesárea antes. Discuta com a pessoa profissional da saúde que acompanha seu pré-natal quais cuidados e exames são indicados para você durante a espera.

Foi muito forte poder sentir meu filho vivendo em mim e nascendo, acompanhada pelo olhar firme e amoroso da minha mãe. Poder acalentar ele em meus braços, já sem vida, e poder escolher eu mesma cortar o nosso cordão umbilical. Eu me senti fortalecida.

Você também pode se sentir propensa a realizar uma cesárea, seja pela ideia de ausência de riscos para a sua saúde, ideia que, embora equivocada, está muito presente no nosso país, ou por ser a forma mais rápida de provocar o nascimento. É importante que você saiba que a cesárea é uma cirurgia que apresenta riscos à sua saúde, como chance maior de hemorragia, perda do útero, infecções e até uma internação em UTI, além de poder comprometer suas futuras gestações e partos. Nos casos de óbito fetal, a cesárea também aumenta o risco de coagulopatias. Se sua opção pela cesárea for em decorrência da dor do trabalho de parto, saiba que é possível ter analgesia também nesse contexto. E se sua opção pela cesárea for para alívio psíquico, que ela seja respeitada e você receba todo o suporte de que necessita.

Depois do parto, você precisará decidir se quer ou não ver e segurar sua ou seu bebê. Pode ser que você queira dar um nome a ela ou ele, caso ainda não tenha feito isso, tirar fotos ou até contratar um fotógrafo profissional para ter essa recordação. Leve o tempo que precisar para se despedir. No início, pode parecer que ver e/ou segurar a criança sem vida será algo muito difícil de lidar, mas muitas famílias enlutadas depois se sentem gratas por terem feito isso. Ato como esse ajudam a reconhecer a existência da criança e a preservar sua recordação.

Meu pai descobriu o gosto por fazer peças lindas em madeira. Fez o berço do meu filho assim que soube da gravidez e, depois, fez uma caixinha linda, do jeito que eu pedi, pra que eu pudesse guardar as lembranças desse momento dele com a gente. Eu quero poder sempre acessar essas memórias, quando sentir que preciso disso para seguir, para ficar em paz com a narrativa de amor que ficou.

Foi um velório bem bonito, respeitoso, num lugar agradável. Mas nada fazia sentido sem meu filho no colo. Recebemos poucas pessoas. Na despedida final, peguei o bonezinho e o paninho que ele estava vestindo. Guardei em um plástico junto de uma fraldinha que estava com ele. De vez em quando, pego, cheiro e, mesmo que nem tenha mais o cheiro original, sinto como se estivesse ali com meu filho no colo.

Hoje em dia, alguns hospitais oferecem uma caixa de memória para mães e pais que estão enlutados, que pode conter impressões das mãos e dos pés, fotografia, carimbo da placenta, roupinha usada pela criança após o parto e pulseirinha de identificação, assim como qualquer outro item que esteve em contato com a bebê, como

uma manta, ou até mesmo uma mecha do seu cabelo. Essa iniciativa contribui com a materialização da vida breve da bebê, fornece à família concretude de sua existência e colabora com a elaboração do luto, tendo sido incentivada tanto por famílias que a receberam quanto por organizações espalhadas pelo país que prestam apoio às famílias enlutadas e por profissionais de saúde mental. Se essa iniciativa não estiver disponível para você, mas você desejar ter memórias físicas da vida de sua filha ou filho, você pode pedir à equipe do hospital que providencie alguns desses itens para levar para casa ou o que fizer sentido para você e for possível no contexto, ainda que seja apenas uma simples carta ou cópia de parte do prontuário que contenha dados sobre o nascimento, como peso da criança, data e hora. Durante sua internação hospitalar, veja se é possível que você fique em outra ala que não esteja lotada de pessoas gestando, em trabalho de parto ou com suas crianças recém-nascidas, como a ala ginecológica. Em alguns locais do país, esse direito já é garantido.

Em casos como esse, você precisará enfrentar uma série de decisões urgentes e difíceis de serem tomadas, incluindo a forma como quer que o corpo da bebê seja tratado e se deseja que uma autópsia seja realizada. Em alguns casos, autópsias podem fornecer informações importantes sobre a causa do nascimento natimorto. Isso poderá auxiliar você em uma futura gravidez e ajudar pesquisadoras e pesquisadores a entender como prevenir esses casos no futuro. Infelizmente, mesmo após uma avaliação completa, em mais da metade dos casos de natimortos a causa não pode ser determinada.

Sugere-se, por exemplo, a pesquisa de cariótipo quando há presença de anomalia fetal estrutural (malformação congênita) ou a triagem infecciosa da pessoa que gestou em caso de bolsa que rompeu de forma precoce e/ou de corioamnionite, que é a infecção no líquido amniótico, ou, ainda, uma ampla investigação, incluindo necropsia e pesquisa de trombofilias (predisposição a formação de coágulos no sangue, que pode ser analisada por exames de sangue), quando não estão claras as condições que possam estar associadas ao óbito.

É recomendado que as mães e os pais saibam a importância de realizar a necropsia (exame *post-mortem*) da natimorta ou do natimorto para investigar eventuais malformações ou outras alterações que auxiliem na determinação da causa do óbito, bem como um estudo genético, feito com uma pequena amostra da pele fetal. A análise da placenta, do cordão e das membranas é extremamente importante para determinar a causa do óbito e se há cuidados específicos a serem implementados nas futuras gestações, como redução do tabagismo, controle da pressão arterial, prevenção da pré-eclâmpsia, acompanhamento mais cuidadoso do crescimento fetal etc. No Brasil, os casos de óbitos fetais são encaminhados para o serviço de verificação de óbito para que uma médica ou médico legista faça a avaliação. Apesar de importante, cerca de 40% a 50% dos casos têm como desfecho causas desconhecidas.

Naquele dia no postinho, a médica falou sobre o valor de ter minha mãe ao meu lado, acompanhando a gestação e o nascimento do meu filho. No dia em que conversamos com a neonatologista, ela disse a mesma coisa, e, durante o atendimento no hospital, desde a entrada na recepção até a saída no outro dia, após o parto, após a despedida dele, eu não conseguia me imaginar com mais ninguém que não fosse a minha mãe.

É importante lembrar que a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) resguarda seu direito de ter uma pessoa como acompanhante durante toda a sua internação, desde o trabalho de parto e o parto até o pós-parto imediato, nos estabelecimentos vinculados ao SUS e nos privados e conveniados. Essa lei também garante que não haja custos para você ou sua família pela presença da pessoa acompanhante e que ela seja de sua livre escolha. A lei não distingue a aplicabilidade desse direito em casos de óbito fetal.

Se for possível e de sua preferência, atente-se para estar sempre acompanhada por alguém que lhe dê suporte emocional, carinho e amparo durante a internação hospitalar, e que uma outra pessoa providencie o que for necessário quanto aos documentos e registros. Também é possível que o sepultamento da criança aconteça antes da sua alta hospitalar e sem a sua presença no cemitério. Nesse caso, você pode solicitar o adiamento do velório ou que a equipe de saúde lhe proporcione um momento para se despedir de sua filha ou filho ainda no hospital.

É possível que você, ou quem a estiver acompanhando, fique muito envolvida com os documentos e trâmites necessários quando há uma criança natimorta, como providenciar seu registro. No caso de perda gestacional, o registro de nascimento pode ser dispensável, sendo necessário o registro de natimorto, que pode ser feito no cartório mais próximo da sua residência ou do hospital. As orientações sobre constar, no registro, o nome da ou do bebê são incertas e variam de acordo com os estados, sendo opcional na maioria deles. Em geral, se no momento do registro não for solicitado que conste o nome escolhido para sua ou seu bebê, é possível que apareça apenas o seu nome ou os nomes de genitores. Para muitas famílias, ter o nome escolhido para a filha ou o filho no registro de natimorto é de extrema relevância para a elaboração do luto, além de uma forma de honrar e comprovar sua existência.

Diferenças socioeconômicas em taxas de perda gestacional e mortalidade neonatal

No Brasil, a taxa de natimortalidade em 2015 foi de 10,8 para cada 1.000 nascimentos, com variações entre as diferentes regiões do país, sendo maiores na região Nordeste (13,23 por 1.000 nascimentos) e menores na região Sul (8,27 por 1.000 nascimentos). Nesse mesmo ano, a taxa mundial de natimortalidade foi de 18,9 por 1.000 nascimentos, tendo a maioria acontecido em países do sul da Ásia e da África Subsaariana. A taxa brasileira é menor do que a encontrada em outros países de média e baixa renda, mas ainda é razoavelmente alta quando comparada à taxa de países como a Argentina (8 por 1.000 nascidos) e a de países de alta renda (que varia de 3 a 5 por 1.000 nascidos).

Um estudo que analisou as relações que envolvem a natimortalidade no Brasil identificou que os fatores de risco são diferentes de acordo com a região. Ter baixa escolaridade ou sífilis são as condições mais frequentes entre as regiões Norte e Nordeste (e também nos países de baixa renda), enquanto que nas regiões Sul e Sudeste os motivos foram hipertensão na gestação e síndromes hemorrágicas (como em países de alta renda). Esse estudo aponta a desigualdade social do país e mostra que, para falar sobre as causas de natimortalidade no Brasil e preveni-las, é necessário, antes de tudo, localizar em qual região geográfica estamos. Já o estudo “Nascer no Brasil” mostrou que pessoas negras têm maior chance de ter perda fetal em relação às não negras. No nosso país, as pessoas que se identificam como negras pertencem, mais frequentemente, aos grupos de menor renda e escolaridade. É possível que a raça e a classe estejam relacionadas entre si nos dois estudos, o que também acontece nos Estados Unidos, onde pessoas negras que gestam têm maiores chances de perda gestacional e crianças negras têm maiores índices de morte do que crianças brancas.

Pessoas negras que gestam também têm quase duas vezes e meia mais chances de passar por casos de mortalidade infantil. Um dos fatores principais que contribui para a mortalidade infantil é o baixo peso ao nascer associado ao nascimento prematuro (menos de 37 semanas). Bebês que pesam menos de 1,5 quilo têm aproximadamente 100 vezes mais chances de morrer no primeiro ano de vida do que bebês com um peso dentro do esperado ao nascer. Pessoas negras gestantes têm duas a três vezes mais chances de dar à luz uma criança abaixo do peso, e as razões para essas diferenças ainda não são completamente compreendidas. Muitos fatores – como pobreza, menor educação, dificuldade de acesso a cuidados médicos de qualidade, estresse e infecções – provavelmente desempenham papel importante para essa realidade. Mais pesquisas são necessárias para que possamos compreender e abordar esses fatores relacionados à raça, em especial, correlacionando com a região do país, a escolaridade, a renda familiar e o acesso aos serviços de saúde.

MORTALIDADE NEONATAL

Uma profissional veio conversar comigo e com meu marido, foi extremamente gentil e explicou como tudo funcionava na UTI neonatal. Ela permitiu que tirássemos uma foto e ficamos ali com nosso filho por algum tempo. Todos os dias íamos lá no horário certo para conversar com a médica responsável e ficávamos ali com ele conversando, cantando, chamando para ir para casa, dizendo que o nosso cachorro amado queria conhecê-lo, que estava tudo pronto para recebê-lo. Ele recebeu de nós todo o amor que sentimos e toda a esperança que tivemos. Chegamos na casa de uma amiga que nos acolheu, para ficarmos mais próximos da maternidade, e, pouco tempo depois, recebi uma ligação da maternidade dizendo para retornarmos. Eu sabia o que estava acontecendo; por mais que tentassem me acalmar, eu sabia. Saí correndo e, em prantos, cheguei na UTI. Já na porta, vi todas as máquinas desligadas. Esse foi o pior momento da minha vida.

A mortalidade neonatal ocorre quando uma criança falece durante os primeiros 28 dias de vida. Há bebês que morrem durante ou logo após o parto devido a questões de saúde que podem ou não ter sido detectadas previamente, bem como por conta de algum imprevisto durante o nascimento ou por causas desconhecidas. As principais causas de mortes neonatais são prematuridade, infecções e cardiopatias.

O choque causado por uma morte que vem tão rápido após o nascimento é difícil de ser suportado. É devastador conhecer uma filha ou filho e perdê-la/o tão cedo.

Dependendo das normas culturais, crianças recém-nascidas podem passar pelos mesmo ritos e cerimônias que outras pessoas, embora organizar um funeral desse tipo possa ser doloroso. Se isso ocorrer com você, peça a ajuda de outras pessoas para os preparativos, como cuidar das irmãs e irmãos mais velhos ou qualquer outra coisa que você precise para passar por esse período.

PRODUÇÃO DE LEITE

A produção de leite acontece quando a gestação se estendeu por pelo menos 20 semanas e, se nada for feito após o parto para inibi-la, seguirá seu curso, começando com o colostro, que é o leite de cor amarelada cuja produção, em poucos mililitros, acontece no período entre o final da gestação até a apojadura. A apojadura, também conhecida como “descida do leite”, acontece entre o segundo e o oitavo dia após o parto e tende a durar em torno de um dia; nela, a produção de leite apresenta um grande aumento e, muitas vezes, pode ser desconfortável, sendo comuns os sintomas de mamas quentes, dor, mamas pesadas e duras e, se sua pele for branca, vermelhidão. Os desconfortos aliviam com a drenagem das mamas, que pode ser por ordenha ou

amamentação. Após a apojadura, a manutenção da produção de leite vai depender da regularidade e da intensidade do seu esvaziamento. Caso o esvaziamento não ocorra ou não aconteça de forma suficiente, a produção tende a reduzir gradualmente até encerrar, levando alguns dias ou semanas.

Três dias depois do nascimento e morte da Elis, em janeiro, meus seios se encheram de leite, como era previsto, e, de forma natural e óbvia para mim, me encaminhei ao Banco de Leite para doá-lo. Entretanto, fui surpreendida com uma negativa, pois havia o entendimento de que, para ser doadora, a mulher precisaria estar amamentando ou ordenhando leite para seu próprio filho. Além disso, justificaram que havia uma preocupação em relação às minhas condições psicológicas e risco de desenvolver um ingurgitamento mamário ou mastite pela estimulação da produção de leite ao doá-lo. Pesquisando a respeito, ainda descobri outras mulheres que também tiveram a sua doação negada em diversas regiões do país. Não satisfeita, acionei diversos contatos no Brasil, a Anvisa (pelo seu canal de comunicação e ouvidoria) e o Ministério Público Estadual. Depois de uma semana (que passei ordenhando e congelando meu leite em casa), consegui que aceitassem minha doação, ainda que com algumas condições diferenciadas. Doei até o final de abril um total de quase sete litros de leite.

Meu peito estava doendo muito, e fui na enfermaria da maternidade (onde já estávamos resolvendo as coisas) para conversar com a médica. Ela recomendou que eu tomasse um medicamento para secar o leite. Não pensei em doação de leite e nem me falaram sobre isso. Mas, talvez, ainda que tivessem me dado essa alternativa, naquele momento, eu teria mesmo escolhido secar o leite.

Há uma preocupação, por parte das profissionais de saúde, de que não inibir imediatamente a produção de leite possa provocar algum dano à saúde física ou emocional da pessoa que perdeu a filha ou filho na gestação, no parto ou logo após. Pode ser que você se veja, mais uma vez, tendo que tomar uma decisão importante em um curto espaço de tempo. As suas opções, nesse momento, são iniciar a inibição ou secagem do leite ou fazer doação a um Banco de Leite Humano. Pode ser que não perguntem sobre seu desejo quanto à produção de leite, pressupondo que você prefira secá-lo. Saiba que é seu direito questionar todos os cuidados que o hospital oferece, tirar todas as suas dúvidas e, também, recusar o que achar melhor.

Como uma possível medida para inibir a produção há o uso de medicação, que pode ser administrada ou não junto com o enfaixamento das mamas. Nesse caso, você pode precisar da ajuda de outra pessoa para fazer o enfaixamento das suas ma-

mas enquanto durar o tratamento. Caso opte por secar o leite, procure saber quantos comprimidos vai tomar, por quantos dias precisará enfaixar as mamas e o que fazer para prevenir ou tratar ingurgitamento ou mastite (você também encontra algumas orientações no capítulo 17, “Os primeiros meses da maternidade e da paternidade”).

Algumas pessoas optam por doar o leite a um Banco de Leite Humano, como uma forma de honrar a vida de sua filha ou filho e, também, de elaborar o luto. Se essa for sua opção, procure pelo Banco de Leite mais próximo da sua casa, se cadastre nele e pergunte pelas orientações sobre como proceder. Se houver algum impedimento à sua doação devido ao óbito de sua ou seu bebê, saiba que não há nenhuma lei que proíbe a doação de leite após perda gestacional ou neonatal, mas também não está descrito de forma explícita que a doação de leite pode acontecer nesse contexto. Há uma nota técnica da Anvisa (nº 22/2020) esclarecendo que a doação de leite pode acontecer se as condições de saúde e sanitárias forem atendidas.

DIREITO A LICENÇA TRABALHISTA

Embora o termo “perda gestacional” englobe todo tipo de perda que acontece na gestação, para fins de licença-maternidade e paternidade, há distinção entre as possíveis perdas. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) garante à pessoa gestante o direito de estabilidade desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o nascimento. No entanto, não está expresso na lei que esse direito é garantido a quem sofreu aborto, ficando assegurado apenas o afastamento por duas semanas mediante atestado médico.

Para as pessoas que tiveram perda neonatal ou natimorto, é assegurada a licença-maternidade de 120 dias ou licença paternidade de 5 dias, além da estabilidade de cinco meses após o parto para quem gestou. É importante ressaltar que os direitos acima englobam exclusivamente a pessoas trabalhadoras celetistas, não se aplicando às trabalhadoras públicas de regime estatutário e militar, cujos direitos sofrem variações de acordo com legislação estadual ou municipal. Há estados, como São Paulo, que não garantem a licença de quatro meses nos casos de natimorto, e o afastamento depende de atestado médico, constando como licença-saúde.

LIDANDO COM A PERDA

Sofrer um aborto espontâneo ou perder uma ou um bebê evoca muitas emoções. Você pode se sentir atacada e dividida por sentimentos como confusão, alívio, vergonha, raiva, tristeza, medo, impotência ou desespero. Em um primeiro momento, pode ser que precise se isolar ou que se sinta inerte diante de uma realidade que parece ser dura demais de enfrentar. Além disso, algumas de suas amigas ou familiares podem

não ser capazes de lidar com a perda. Outras pessoas podem tentar ajudar apresentando soluções triviais, como “você terá outra criança”, as quais podem falhar em confortá-la ou em reconhecer a importância da existência da sua ou seu bebê.

A maioria das pessoas não sabia como me dar apoio e talvez eu também não soubesse como pedir. Elas se sentiam mais confortáveis falando sobre o lado físico do aborto espontâneo do que sobre o emocional. E eu precisava falar sobre os dois. Também foi difícil para o meu marido, porque, no meu caso, ao menos podiam me perguntar sobre como o meu corpo estava. Mas ele, infelizmente, às vezes era completamente ignorado quando alguém nos ligava, apesar de também estar passando por uma profunda dor emocional.

Um vazio tremendo e uma sensação de solidão seguem uma perda. Se você tiver uma parceira ou parceiro, vocês poderão partilhar sentimentos e reações. Junto ao luto, pode surgir o sentimento de culpa, e ambos podem causar tensão entre vocês. Você pode se culpar e se perguntar se alguém fez algo “errado” (muita atividade, muito sexo, pouca ingestão de comida etc.), mas raramente esse é o caso.

Eu tinha muitas pessoas com quem comemorar quando o teste deu positivo, mas, quando não estava mais grávida, fiquei mais sozinha do que nunca. Senti como se a alma de um pequeno bebê tivesse me rejeitado, como se eu talvez não fosse tão boa para que a alma dele se agarrasse a mim, ou, então, que eu não fosse mãe o suficiente para que ela prosperasse. Talvez minha ansiedade o tenha matado. Talvez tenha sido a falta de carne vermelha na minha dieta. Talvez... bom, pode ter sido qualquer coisa.

Junto com essas questões emocionais, o seu corpo também estará passando por mudanças. Por isso, é importante marcar uma consulta com profissionais que estejam acompanhando a sua saúde, não apenas por conta das questões físicas, mas também para que você possa fazer perguntas. Veja se consegue o primeiro horário de atendimento ou até mesmo antes do expediente, para não ter que enfrentar uma sala cheia de pessoas grávidas. Além disso, peça para a pessoa que está lhe dando apoio para acompanhá-la, se você achar que pode ser útil. Leve suas perguntas por escrito e faça anotações – ou peça a quem a estiver acompanhando que faça isso, assim, você pode prestar atenção à conversa.

A profundidade do luto não está simplesmente relacionada à duração da gravidez ou à idade da criança. Uma perda inexplicada pode ser especialmente difícil de aceitar e lidar com isso pode ser um processo longo. Você poderá sentir um forte retorno desse luto na data em que sua ou seu bebê teria nascido ou quando você tiver contato com uma criança com a mesma idade que sua filha ou filho teria.

Cantei pra ele no meu colo, a gente ficou sozinho em alguns momentos. Eu batizei ele com meus pais ao meu lado, com o crucifixo que meu pai me deu. Passei água da cachoeira na cabeça dele e apresentei ele espiritualmente. Minha doula, muito macumbeira, minha amiga e de toda a minha família, fez uma guia pra ele de Omolu com pérola de Oxum. A gente limpou ele, vestiu, abençoou.

As cinzas dele ainda estão aqui, guardadas, e ainda não sei quando faremos nosso ritual de despedida. Estamos vivenciando tudo sem nenhuma pressa e com muito amor.

Em meio a tudo isso, também pesa o fato de que a nossa sociedade tem poucas maneiras formais de lidar com a perda. Algumas de nós encontram consolo por meio da expressão criativa – costurando uma colcha de recordações, criando obras de arte ou escrevendo. Criar uma cerimônia ou um ritual pode nos ajudar a reconhecer o significado da perda e a honrar a memória de quem faleceu. Algumas anotam as datas importantes, como a data de concepção ou de aniversário, para reconhecer sua existência e o lugar da criança na família.

Encontrando informações e apoio on-line e presencial

Na região Sul, há a Amada Helena (amada-helena.org), uma organização não governamental fundada para conscientizar sobre a falta de leitos de UTI neonatal, que tem como lema “dar suporte ao insuportável”. Com objetivo de conscientização e transformação social sobre o luto parental, ela elabora cartilhas, exposições, articulações políticas e sociais, além de oferecer rodas de apoio às famílias enlutadas.

Na região Sudeste, há a Casa Mães Para Sempre (casamaesparasempre.com.br), uma organização sem fins lucrativos que oferece apoio para pessoas que vivenciaram perda gestacional por meio de rodas gratuitas, plantão psicológico, atendimento psicológico com valor social, doulagem e práticas integrativas. Além disso, também oferece apoio e formação para profissionais da saúde para o atendimento empático às famílias enlutadas.

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, o Grupo Colcha ([instagram.com/grupo_colcha](https://www.instagram.com/grupo_colcha)) trabalha com o acolhimento de histórias de perda gestacional e criação de memórias fotográficas que registram a vida breve da criança.

O Grupo Transformação Araraquara ([instagram.com/transformacaoararaquara](https://www.instagram.com/transformacaoararaquara)) oferece encontros presenciais de apoio ao luto na cidade e também on-line para as famílias que viveram perda gestacional ou neonatal. Sua atuação se direciona também para orientação na inclusão do nome da ou do bebê em sua certidão de óbito.

A Casa Manacá Uberlândia ([instagram.com/casa.manaca.uberlandia](https://www.instagram.com/casa.manaca.uberlandia)) disponibiliza encontros on-line de apoio ao luto gestacional, neonatal e infantil, em especial às pessoas lactantes enlutadas que querem doar leite humano mas não sabem como ou estão encontrando obstáculos.

Na região Nordeste, há o Instituto Transforma a Dor ([instagram.com/institutotransformaa](https://www.instagram.com/institutotransformaa)), que oferece grupos presenciais de apoio a famílias enlutadas nas cidades de Recife e Garanhuns, em Pernambuco, e de Maceió, em Alagoas, além de encontros on-line.

Algumas de nós se curam trabalhando para melhorar a forma como mães e pais que experienciam perdas são tratados por hospitais ou por profissionais da saúde, ou até criando e disponibilizando recursos para essa causa. Como resultado desses esforços, alguns hospitais têm começado a organizar trabalhos de apoio a perdas gestacionais e infantis, embora sejam poucos os que tenham protocolo de assistência humanizada a uma família enlutada. A maioria dos grupos de apoio no país não possuem vínculo com instituições de saúde e são, em sua maioria, constituídos por mulheres que passaram por essa experiência. Algumas delas, como Camila Goiatacaz, autora de *Até breve, José*,³ escreveram livros sobre perda, oferecendo orientações sobre o luto e sobre como lidar com futuras gestações. Você poderá ser beneficiária desse trabalho, ou mesmo se sentir motivada, caso passe por uma perda, a usar sua tristeza, raiva e determinação para ajudar outras pessoas.

Além disso, tentar engravidar novamente assim que possível ajuda muitas de nós a lidar com a situação. Outras, no entanto, podem optar por não tentar de novo. Não há uma decisão certa. Há apenas a decisão que você sentir que é a melhor para você.

PREPARAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Muitas famílias enlutadas sofrem ainda mais com a perda gestacional ou perinatal em decorrência da falta de preparo dos profissionais e instituições de saúde para lidarem com a questão. Muitos e muitas profissionais nunca receberam formação para lidar com a perda gestacional fazendo com que, não raro, mulheres que tiveram perda gestacional são colocadas juntas, no mesmo quarto, com mulheres que acabaram de dar à luz.

Fiquei desesperada, esmurrei o teto da ambulância e gritei muito com os enfermeiros, dizia que eles estavam matando ela... Para minha sorte, estava lidando com pessoas muito humanas, que não esboçavam qualquer reação de tentar argumentar, me conter, devolver as coisas que eu dizia. Me deixaram extravasar e tirar de mim tudo aquilo que eu sentia.

A experiência para a mulher enlutada é frequentemente traumática. Portanto, para ajudar as mulheres a passar pela perda é preciso ter em mente o que pesquisadores e pesquisadoras⁴ sobre o luto gestacional e perinatal chamam de os 6 Rs de dificuldade:

1. Reconhecer a perda.
2. Reagir à separação.
3. Revisar ou rememorar a perda e relação, embora haja pouco ou quase nada de concreto para ser lembrado.
4. Renunciar aos apegos anteriores, ou seja, renunciar à maternidade e à paternidade planejadas, sonhadas e estruturadas.
5. Reajustar-se à nova situação sem esquecer a vivência anterior.
6. Reinvestir em uma nova relação.

Aquela UTI, daquele hospital, nunca mais esquecerá. Também não esquecerá de enfermeiras e médicas carinhosas e fraternais, outras nem tanto, também da falta de higiene de algumas delas que chegaram a pegar papel do chão e em seguida mexer com os bebês, foi traumatizante. O que nunca mais saiu de sua memória é a carinha das suas meninas, que foram e não foram suas. Isso nunca mais saiu de sua mente.

Três formas práticas de humanizar o cuidado com a família enlutada

Humanizar a assistência à perda perinatal significa individualizar o cuidado, mobilizando também recursos físicos e organizacionais da instituição. Parece difícil, mas não há necessidade de grandes investimentos financeiros, apenas de treinamento da equipe para seguir procedimentos pré-estabelecidos. Talvez seja necessário adequar o espaço físico para criar cenários de privacidade. Certamente será necessário nomear uma pessoa da equipe para assumir a responsabilidade pelo acolhimento individualizado à família em situação de perda perinatal.

1. A família deve poder permanecer junto ao bebê por tempo mais prolongado que o estabelecido em condições “normais”. É preciso de um espaço privativo, sem interrupções e longe dos olhos de outras famílias. É importante que haja um berço preparado, protegido com biombo ou em quarto separado, com cadeiras para os familiares.
2. Antes de transferir o bebê para esse espaço privativo, o/a profissional designado/a precisa comunicar aos pais, com privacidade, sobre as condições do/a bebê e informar os pais sobre a finalidade do espaço ao qual serão

encaminhados: realizar os cuidados finais e as despedidas (toque, vestimenta, fotografias etc). Os pais devem saber quem é a pessoa profissional responsável pela assistência para eventuais esclarecimentos e outras necessidades que venham a surgir.

3. As equipes de profissionais devem ser comunicadas que ali, naquele leito, quarto ou prontuário, há uma mulher em recuperação de uma perda gestacional ou perinatal. Uma forma sugerida por organizações internacionais de pais enlutados é a utilização de um adesivo colocado na porta, na placa de identificação e no prontuário, colaborando para que os profissionais ajustem sua abordagem à mulher e à família considerando a situação.

[Adaptado do livro *Como lidar - Luto Perinatal: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*, de Heloisa de Oliveira Salgado e Carla Andreucci Polido]

PRÓXIMA GRAVIDEZ

Muitas pessoas que experienciaram a perda de uma gravidez ou de uma criança acham que futuras gestações serão emocionalmente desafiadoras. Mesmo conseguindo engravidar, depois de desejar isso por tanto tempo, talvez você sinta que o luto pela sua perda e a ansiedade em saber se terá ou não uma gravidez saudável podem dominar a sua experiência. Você poderá ter necessidade de utilizar tecnologias, como testes de farmácia e ultrassons, para se sentir mais conectada à gravidez. Ou talvez você escolha abrir mão da tecnologia, se achar que ela não foi protetiva o suficiente na gravidez anterior. Engravidar novamente pode despertar todo tipo de sentimento: desapego, preocupação, culpa, esperança. Então, seja gentil consigo mesma e se dê permissão para lidar com esses sentimentos da forma que for melhor para você. Se a gravidez resultar em uma criança saudável, haverá muito tempo para o amor.

Dependendo de como foi a sua experiência anterior, você tanto poderá querer continuar a ser atendida por profissionais que cuidaram da sua gestação anterior quanto encontrar outras pessoas. Em qualquer um dos casos, converse com quem estiver atendendo você na sua nova gestação sobre como ela ou ele trata abortos espontâneos e acompanha uma pessoa que já passou por uma perda. Se suas perguntas forem ignoradas ou se as respostas não apresentarem empatia ou não atenderem às suas necessidades, considere procurar outra profissional.

Durante a nova gravidez, é provável que você se sinta mais ansiosa no período em que ocorreu a perda anterior. Por isso, é bom lembrar as pessoas ao seu redor sobre esse fato à medida que este período sensível for se aproximando, assim elas estarão preparadas para lhe dar o suporte ou o espaço que você precisa. É importante

tê-las por perto também para celebrar quando passar esse estágio, embora o medo possa permanecer. Além disso, você poderá experimentar um retorno do luto perto da época da perda. Se possível, converse com alguma pessoa que tenha passado por uma experiência semelhante para saber como ela lidou com esses sentimentos e encontrou coragem e otimismo para tentar de novo. Grupos de apoio a pessoas que sofreram aborto espontâneo, perda gestacional ou neonatal, assim como psicólogas e psicólogos com conhecimento sobre esse assunto, podem ser de grande ajuda.

Somente depois de seis meses do segundo aborto espontâneo nos sentimos prontos para tentar engravidar de novo. E engravidamos super fácil. Estávamos apavorados, é claro, mas tentamos encarar cada teste de gravidez com um otimismo cauteloso. Testes de gravidez, níveis hormonais, primeiro ultrassom, batimentos cardíacos, translucência nugal, amniocentese. Quando chegamos ao exame de ultrassom que deveria ser realizado na vigésima semana de gravidez, consegui acreditar que realmente teríamos um bebê. Nunca reclamei de nenhum dos desconfortos da gravidez porque não queria gorar. Eu amei estar grávida, amei dar à luz... Senti e ainda sinto muita gratidão por nossos dois filhos. Como o caminho percorrido para a maternidade teve mais percalços do que eu imaginava, hoje ele parece ainda mais milagroso e precioso.

NOTAS

1. O termo médico para perda gestacional é aborto espontâneo. Profissionais da saúde podem usar esse termo sem que ele signifique que você escolheu encerrar a gestação.
2. O número real provavelmente é bem maior, visto que muitos abortos espontâneos ocorrem bem no início da gestação, antes mesmo de a mulher saber que está grávida, podendo parecer apenas um ciclo menstrual mais intenso, com ou sem atraso.
3. Publicação independente, feita pela autora em 2015.
4. Heloisa de Oliveira Salgado e Carla Andreucci Polido. *Como lidar: Luto Perinatal: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*. Ema Livros, 2018.

INFERTILIDADE E TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Estávamos tentando engravidar há quatro meses e tínhamos a esperança de que até o dia do nosso casamento eu estaria grávida. Eu estava na melhor época da minha vida fértil. Depois de nove meses, certa de que havia algo errado comigo, decidi ir a um serviço de saúde. “Às vezes pode levar doze meses”, a médica me disse... Mas passaram doze meses e nada de eu ficar grávida.

Muitas de nós crescemos pensando em um dia ser mãe. As forças que impulsionam esse sentimento são complexas, sociais, culturais e, às vezes, inexplicáveis, podendo se modificar durante a vida. Por isso, a incapacidade de conceber ou levar uma gravidez até o final pode causar grande sofrimento. A infertilidade pode abalar nossa estrutura, a sensação de controle sobre o futuro, a fé em nossos corpos e os nossos sentimentos sobre nós mesmas como mulheres.

Eu fiquei infértil com vinte e dois anos de idade, quando fiz uma histerectomia (retirada do útero)... Parece um destino muito cruel. Eu sempre fui fascinada pela capacidade do corpo da mulher. Eu sei que existem outras opções para formar uma família e, em algum momento, vou escolher uma delas, mas isso não torna mais fácil o fato de eu ser infértil.

É frustrante, pois nos encontramos do lado errado das estatísticas.

Eu sempre acreditei que conseguiria engravidar sem nenhum problema, que teria tantas filhas ou filhos quanto desejasse e que decidiria a hora certa de ser mãe. Infelizmente, depois de quatro anos de tentativa e erro, testes e operações, eu e meu marido percebemos que a vida nem sempre acontece do jeito que planejamos.

As pressões sociais sobre a mulher intensificam a dor de ser infértil. Em muitas religiões e culturas, nosso valor e poder como mulheres é medido pela nossa capacidade de gerar filhas e filhos. Por outro lado, algumas de nós são vistas como ir-

responsáveis por terem “muitas” filhas ou “muitos” filhos, enquanto outras, que não desejam, são vistas como egoístas, e as que não podem ser mães, olhadas com pena. Tratamentos para a infertilidade possibilitam que milhões de pessoas no mundo todo tenham a chance de construir a família que desejam. No entanto, como em qualquer tratamento médico, existem limitações. As belas imagens de celebridades com 50 anos que deram à luz gêmeos podem nos fazer acreditar que os tratamentos de infertilidade são sempre bem-sucedidos e universalmente acessíveis, mas isso, infelizmente, não é verdade. O sucesso do tratamento varia bastante, dependendo do tipo de procedimento utilizado, da habilidade e experiência da equipe e do serviço de saúde, bem como da saúde das pessoas envolvidas e da idade da mulher. Há também riscos envolvidos nesses tratamentos, pois são física e emocionalmente exigentes. Além disso, são muito caros.

Esta seção oferece informações acerca das causas e dos tratamentos para infertilidade para auxiliar as mulheres a conhecerem os aspectos dessa realidade.

Infertilidade social

Embora não exista uma definição padrão para “infertilidade social”, o termo é frequentemente usado para descrever mulheres na pós-menopausa, mulheres solteiras e casais do mesmo sexo que recorrem aos tratamentos de fertilidade e/ou à adoção para construírem uma família.

O QUE É INFERTILIDADE?

Antes de começar qualquer tipo de teste ou tratamento para a infertilidade, é importante ter certeza de que você está planejando as relações sexuais ou as inseminações corretamente. Acompanhar seu ciclo menstrual e observar os sinais de fertilidade do seu corpo podem dizer se e quando você está ovulando para aumentar suas chances de engravidar.

A infertilidade é definida pela medicina como a incapacidade de um casal obter uma gravidez após doze meses de relações sexuais frequentes sem o uso de métodos contraceptivos, devido a fatores masculinos, femininos ou de ambos. A infertilidade afeta homens e mulheres na seguinte proporção: 35% dos casos estão associados a causas femininas, 35% a causas masculinas, 20% relacionados a ambos e 10% a causas desconhecidas. Um casal pode ter tido uma filha ou filho e não conseguir uma nova gravidez após um ano de tentativas; isso é denominado infertilidade secundária.

A frequência da infertilidade

Mudanças sociais e comportamentais desde o final do século 20 certamente permitiram que nos tornássemos mais conscientes e preocupadas com a infertilidade. Isso se deve, em grande parte, à escolha das mulheres em adiar a maternidade e às novas tecnologias que tornaram possível, a muitas de nós, superarmos a infertilidade.

Não está claro se a infertilidade afeta de forma diferente certas populações. Embora pesquisas não mostrem grandes discrepâncias acerca da infertilidade em diferentes grupos, desigualdades sociais e raciais nas condições de saúde e na frequência de certos fatores de risco, como doenças sexualmente transmissíveis, sugerem que muitas causas evitáveis de infertilidade afetam desproporcionalmente as pessoas menos privilegiadas. Barreiras financeiras também limitam o acesso às avaliações, diagnósticos e tratamentos apropriados, o que pode levar a subestimar a frequência da infertilidade nos mesmos grupos. Por outro lado, adiar a gravidez pode ser mais comum entre mulheres em melhor situação socioeconômica, em função da profissão, tornando essa parcela da sociedade mais vulnerável aos efeitos do envelhecimento sobre a fertilidade.

O QUE CAUSA A INFERTILIDADE?

Para que a gravidez ocorra, muitos processos e fatores complexos precisam estar alinhados. Uma mulher deve produzir um óvulo saudável; um homem deve produzir espermatozoides saudáveis. É necessária a presença de muco cervical para que os espermatozoides se movam a partir da vagina para encontrar o óvulo enquanto ele ainda está nas trompas de falópio. O momento da relação sexual ou da inseminação é crucial, considerando que um óvulo geralmente vive apenas 24 horas. Se a relação não ocorrer nesse período, não haverá fecundação. Quando o espermatozoide fecunda o óvulo, na trompa de falópio, forma-se o ovo, que passa por muitas divisões celulares e se encaminha ao útero, para lá se implantar e se desenvolver. Casais podem vivenciar a infertilidade quando existe um problema em uma ou mais dessas fases delicadas da concepção.

POR QUE UMA MULHER PODE SOFRER DE INFERTILIDADE?

Passei a vida toda evitando ter filhos. Sabia tudo sobre esse assunto. Nunca liguei para as pessoas que diziam que era feio ser “mãe velha” e por isso sempre adiei. Para ser bem honesta, eu adiaría mais. Lembro que, quando me divorciei aos 33 anos, foi a primeira vez que me perguntei se haveria um limite de idade para eu ter filhos. As pessoas com quem conversei na época, inclusive médicas e médicos, me disseram que eu não precisava me preocupar, que eu tinha tempo. Alguns anos depois, aos 37, lembro de ter insistido para a médica solicitar exame para eu ver como estava minha reserva ovariana. E quando a contagem de folículos veio normal, aí eu realmente não me preocupei. Ninguém tinha me contado que, apesar da quantidade, a qualidade dos óvulos diminui drasticamente depois dos 38. Ninguém tinha me contado que a melhor forma de avaliar a reserva ovariana era pelo [hormônio] antimülleriano. Ninguém tinha me sugerido fazer um planejamento reprodutivo; eu só aprendi a vida toda a evitar filhos. E, hoje, mesmo sem ter nenhum problema diagnosticado, apenas uma alteração na morfologia do sêmen do meu marido, estou na minha quinta FIV [fertilização in vitro], tentando engravidar. Eles dizem que o problema é a idade do óvulo. Eu me sinto culpada por não ter me planejado antes, por ainda ter vontade de esperar um pouco mais, por não ter pensado nisso mais cedo. Os últimos anos foram regidos pelo calendário dos meus ciclos. Não há mais férias, todo o dinheiro agora tem um único destino.

A idade é o fator mais importante que afeta a fertilidade feminina. Bem antes da menopausa, a capacidade reprodutiva de nossos corpos diminui. Esse declínio natural da fertilidade ocorre com todas as mulheres; no entanto, em idades diferentes para cada uma delas. Com o passar do tempo, diminui a reserva de folículos e a produção de hormônios ovarianos, diminuindo também o número de ciclos com ovulação e o número de óvulos saudáveis. Por essas razões, há especialistas que aconselham mulheres com mais de 35 anos que desejam engravidar e estão tentando há mais de seis meses a buscar conhecer as causas possíveis.

Além da idade, algumas doenças podem afetar a ovulação, como a síndrome dos ovários policísticos, a insuficiência ovariana prematura, diabetes e distúrbios na tireoide, na hipófise e na glândula adrenal. Fatores como atividade física excessiva, perda importante de peso, medicamentos e tratamentos para o câncer podem também comprometer a saúde dos óvulos.

Uma das causas mais comuns da infertilidade feminina está ligada a problemas com a ovulação, o processo fisiológico pelo qual os óvulos amadurecem e são liberados pelo ovário. A ausência ou a irregularidade dos ciclos menstruais é um impor-

tante indício de que a mulher não está ovulando de forma normal. Entretanto, uma mulher pode ter ciclos menstruais regulares e mesmo assim apresentar problemas com a ovulação. Outra causa comum de infertilidade é o bloqueio das trompas de falópio. Isso pode ser devido à endometriose, à doença inflamatória pélvica (DIP), a doenças sexualmente transmissíveis ou a cicatrizes causadas por cirurgias. Outra causa possível de infertilidade inclui problemas relacionados ao sistema imunológico e ao muco cervical.

POR QUE UM HOMEM PODE SOFRER DE INFERTILIDADE?

Às vezes, o homem nasce com uma condição que provoca a infertilidade masculina e, outras, ela decorre de doenças ou traumas ocorridos ao longo da vida. A grande maioria dos casos de infertilidade masculina se deve a anormalidades na produção dos espermatozoides, que afetam a sua contagem e mobilidade. Algumas causas de infertilidade masculina incluem:

- Doenças que levam à diminuição no número de espermatozoides, como varicocele (dilatação das veias dos testículos) e orquite (inflamação dos testículos por infecções, como a caxumba, por traumas ou pela torção do testículo), tratamentos com quimioterapia, radioterapia ou cirurgias para a retirada de um ou dos dois testículos (orquiectomia).
- Problemas que alteram a qualidade dos espermatozoides, genéticos ou adquiridos, como diabetes.
- Obstrução nos dutos que transportam os espermatozoides.
- Problemas hormonais decorrentes de doenças ou tratamentos que afetam a hipófise.

CAUSAS INEXPLICÁVEIS DA INFERTILIDADE

Há casos em que, mesmo depois de vários testes, especialistas são incapazes de encontrar qualquer razão médica para a infertilidade. Você parece estar ovulando normalmente, as suas trompas de falópio estão abertas e saudáveis, o seu parceiro tem uma alta contagem de espermatozoides com boa motilidade e nenhum de vocês apresenta qualquer problema de saúde. Esse tipo de diagnóstico representa esperança para algumas pessoas, porque entendem que, se não há nenhum problema, a gravidez poderá acontecer um dia. Para outras, no entanto, não encontrar uma causa pode ser extremamente frustrante, por não haver algo a fazer para superar o problema.

INFERTILIDADE E GÊNERO

Como a gravidez ocorre no corpo feminino, as mulheres assumem a maior parte da responsabilidade pela investigação e tratamentos, sem que se leve em consideração que a infertilidade pode ser causada por fatores femininos e masculinos na mesma proporção. Geralmente, são as mulheres que procuram por diagnósticos ou tratamentos, enquanto seus parceiros homens assumem papel secundário, às vezes negando que precisam de ajuda ou que o envolvimento deles seja necessário. É comum que eles vejam a infertilidade como uma ameaça à sua virilidade e masculinidade. Além disso, nem sempre a infertilidade masculina é suficientemente investigada. Por outro lado, ainda existe pouco apoio social e informações voltadas para a população masculina sobre infertilidade.

No entanto, a infertilidade masculina pode às vezes indicar uma pré-condição médica que precisa de tratamento, como, por exemplo, doenças cardiovasculares ou câncer. Submeter-se a um exame detalhado conduzido por urologista é um importante passo na avaliação de qualquer problema relacionado a essa área; além disso, é um bom investimento na saúde do seu parceiro.

AUMENTANDO AS SUAS CHANCES DE ENGRAVIDAR

Existem causas que podem afetar a fertilidade tanto em mulheres quanto em homens. É possível modificar algumas dessas causas, enquanto outras não podemos controlar.

- Álcool, cigarro e outras drogas: beber, fumar ou usar drogas enquanto está tentando engravidar pode atrasar a concepção e aumentar a chance de ocorrência de aborto espontâneo. A boa notícia é que os riscos são eliminados assim que você larga o vício.
- Peso: mulheres com peso saudável apresentam maior probabilidade de serem férteis. Estar excessivamente acima ou abaixo do peso pode interromper a ovulação e provocar desequilíbrios hormonais em mulheres e homens. Se você estiver acima do peso, procurar orientação para perder peso com saúde pode melhorar a fertilidade.
- Dormir e relaxar: tente ter uma boa noite de sono e procure reduzir o estresse. Embora não existam evidências científicas de que o estresse causa infertilidade, reduzir a tensão ou a ansiedade pode ajudá-la a se sentir melhor para tentar engravidar.
- Seu ambiente: exposição à radiação, metais (como o chumbo) e produtos químicos (como pesticidas e outras toxinas) pode levar à queda da fertilidade ou à infertilidade. Quando possível, evite se expor a toxinas conhecidas ou suspeitas.
- Sua saúde geral: doenças como diabetes, doença renal, doenças autoimunes, hipertensão e distúrbios genéticos podem contribuir para a infertilidade. Doenças

sexualmente transmissíveis e outras infecções podem prejudicar a fertilidade tanto em mulheres como em homens. Antes de iniciar o tratamento da infertilidade, reveja qualquer medicamento que você esteja tomando. Medicamentos vendidos com ou sem prescrição médica, incluindo antibióticos, analgésicos, antidepressivos, esteroides e tratamentos hormonais, podem afetar a fertilidade.

- **Espermatozoides saudáveis:** Atividades que causam o superaquecimento dos testículos podem danificar os espermatozoides em animais. Embora essas evidências não existam para humanos, recomenda-se que homens com contagem baixa de espermatozoides evitem banhos quentes em banheiras e sauna por períodos prolongados.

Embora cuidar de si mesma seja importante, cuidados pessoais geralmente não podem solucionar a raiz do problema. A infertilidade está muitas vezes fora do nosso controle.

O LADO EMOCIONAL DA INFERTILIDADE

A infertilidade nos afeta não só física, mas também emocionalmente. Ao nos defrontarmos com esse diagnóstico, muitas de nós reagimos com choque, raiva e negação.

Além de bastante chateada, fiquei extremamente chocada depois do segundo exame de sangue mostrar que eu não estou grávida. Sinto muita raiva do meu corpo, de Deus... eu desligo o telefone toda vez que minha mãe e minhas irmãs ligam para me consolar. Parece que a tristeza e a raiva vão me consumir.

É normal ter muitas emoções diante da infertilidade. Você pode sentir que você ou seu parceiro fizeram algo no passado que causou essa incapacidade de conceber. Você ou os dois podem se sentir culpados ou responsáveis pelo fato de não terem filhas ou filhos. É fácil colocar a culpa em qualquer coisa, em si mesma ou no parceiro porque queremos explicações para o inesperado e inexplicável. Tente ter compaixão por si mesma. Não é sua culpa.

Muitas de nós encontramos dificuldades para interagir com as filhas e filhos de nossas amigas e amigos ou de alguém da família. Feriados centrados nas crianças podem ser bastante estressantes, solitários e deprimentes. São momentos que nos fazem questionar: “por que elas e não eu?”. É comum sentir inveja e ciúmes de mulheres em estado fértil.

Durante essa época, mais duas amigas anunciaram a gravidez, e uma amiga, que tinha engravidado cinco meses depois de nós tentarmos engravidar, deu à luz. Fiquei chocada com o quanto elas me afetaram. Passei o dia todo na cama chorando depois de saber da segunda história de gravidez. Eu me senti uma péssima amiga, cheia de inveja.

Além do estresse em fazer testes e tratamentos, você pode estar sujeita a outras pressões em casa e no trabalho. Amigas, amigos e família podem perguntar: “então, já conseguiu?”. Talvez o pior seja quando ninguém pergunta, apenas ficam olhando para você. Além disso, pessoas que você mal conhece podem fazer comentários desagradáveis.

Eu achei muito difícil lidar não só com os problemas da infertilidade, mas também com as reações das pessoas à minha volta. Estou cansada de ouvir as pessoas me dizendo “relaxe”, “pare de pensar nisso”, “adote uma criança e então ficará grávida” e todos os outros clichês maravilhosos. Embora digam para confortar, parecem insensíveis.

Para lidar com a mistura de sentimentos que a infertilidade desperta, é essencial ter boas habilidades de reação à frustração. Temos aqui algumas dicas para ajudar a administrar e diminuir o estresse causado pela infertilidade.

- Reconheça suas emoções.
- Não se culpe.
- Trabalhe em equipe com o seu parceiro.
- Comunique-se abertamente com a sua clínica e equipe médica.
- Busque apoio nas amizades, na família ou apoio profissional, se necessário.
- Procure se informar sobre o seu diagnóstico e o tratamento da infertilidade.
- Não deixe a infertilidade controlar a sua vida.

PROCURANDO INFORMAÇÕES E APOIO

Ninguém deveria enfrentar essa situação sozinha. Outras mulheres e casais que receberam o diagnóstico e já passaram pelo tratamento podem complementar as informações médicas que você recebe e fornecer recursos adicionais que podem ajudá-la a ter ânimo durante os tratamentos.

Os profissionais de saúde e outras amigas passando por tratamentos de fertilidade nos aconselharam a não comentar sobre o processo com mais ninguém. Sete anos depois, minha esposa e eu percebemos que a dor pela qual passamos poderia ter sido muito menor se tivéssemos compartilhado a nossa experiência com outras pessoas ao invés de ter guardado tudo para nós. Assim que as pessoas souberam pelo que estávamos passando, elas nos abraçaram e disseram: “oh, se eu soubesse, eu teria apoiado vocês”.

Fazer parte de um grupo de apoio, semanal ou mensal, criado por outras pessoas passando por experiências similares, pode ser muito bom para você e seu parceiro ou parceira. Você também pode conversar com mulheres que decidiram não realizar ou parar com os tratamentos depois de um número tentativas, assim como conversar com mulheres ou casais que tomaram a decisão de adotar ou que decidiram não mais ter filhas ou filhos.

Esteja atenta para receber ajuda e informações úteis que irão auxiliá-la a tomar decisões a longo prazo. Pode ser que você também queira uma ajuda profissional de aconselhamento que possa fornecer suporte contínuo. Existem muitas assistentes sociais bem-treinadas ou profissionais com experiência em questões psicológicas, emocionais e éticas relacionadas à infertilidade. Essas pessoas também podem oferecer estratégias de enfrentamento e orientação caso você decida continuar com o tratamento. Alguns serviços que realizam fertilização fornecem aconselhamento, mas você também pode encontrar conselheiras e conselheiros independentes com experiência.

ACONSELHAMENTO E SUPORTE ON-LINE

Websites sobre infertilidade oferecem todos os tipos de informação sobre causas, diagnósticos e tratamentos possíveis. Grupos de apoio on-line e blogs que falam sobre infertilidade são tremendamente populares e podem ajudá-la a ficar conectada com outras pessoas que estão passando por experiências similares.

Como qualquer pessoa pode postar qualquer coisa na internet, é importante ser uma consumidora crítica. Desconfie de sites que são estritamente comerciais, como aqueles patrocinados por clínicas que tratam especificamente da infertilidade ou por companhias farmacêuticas, pois elas podem minimizar os riscos do tratamento, exagerar as taxas de sucesso ou explorar o seu profundo desejo de ter filhas ou filhos.

BUSCANDO CUIDADOS ADEQUADOS À INFERTILIDADE

Encontrar uma médica ou médico especialista em infertilidade pode ser desafiador. Embora existam mais de 400 consultórios, clínicas de fertilidade ou serviços de saúde que cuidam da infertilidade no Brasil, suas opções dependerão de onde você vive, se você tem plano de saúde, da cobertura do seu plano e dos seus recursos financeiros.

Para a maioria das mulheres, consultar uma médica ou médico de família ou ginecologista é o primeiro passo. Nessas primeiras consultas médicas, pode-se realizar a abordagem inicial do problema, receber orientações para uma prática sexual mais dirigida à concepção e, em alguns serviços, realizar exames preliminares.

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê que a primeira abordagem à infertilidade ocorra na atenção básica e, se após as primeiras orientações a gravidez não acontecer, seja feito o encaminhamento para a atenção especializada. O problema é que o acesso a serviços especializados é muito difícil, e às vezes impossível, em muitas regiões do país.

Os planos de saúde foram autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a excluir de sua cobertura os procedimentos para inseminação artificial. Entretanto, é importante saber que isso não quer dizer que os planos estejam desobrigados a oferecer atenção à infertilidade, ou seja, parte dos exames necessários para investigar as causas de infertilidade pode ser realizada, pois integra os cuidados em ginecologia e urologia.

Especialistas em medicina reprodutiva e em infertilidade se encontram nas páginas da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (sbrh.org.br) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (sbra.com.br).

TRABALHANDO JUNTO COM A SUA EQUIPE DE SAÚDE

É crucial ter um bom relacionamento desde o início com a equipe que trata da sua saúde. Essas pessoas devem conseguir, com paciência, dar informações claras sobre quaisquer testes, procedimentos, riscos e custos para que você saiba o que esperar. Escolha uma médica ou médico com quem você se sinta confortável, bem como alguém que tenha tempo para ouvir suas expectativas e anseios, que seja sensível aos seus sentimentos e necessidades e que respeite suas escolhas. Não se esqueça do mais importante: assegure-se que a médica ou médico que você escolheu trabalhe com qualidade e ética.

DECIDINDO O QUE É CERTO PARA VOCÊ

A maioria de nós nunca espera enfrentar a infertilidade. Decisões sobre tratamentos de infertilidade são complexas e, por isso, não existem respostas fáceis. Você

quer tentar somente terapias hormonais e pequenas cirurgias ou você está disposta e economicamente apta a tentar procedimentos mais invasivos, como fertilização *in vitro* (FIV), óvulos de doadoras ou barriga de substituição? Por quanto tempo você gostaria de se dedicar aos tratamentos e quanto você pode pagar? Se não acontecer o que você espera, como você e seu parceiro ou parceira, se for o caso, decidirão se devem continuar ou parar? Essas são perguntas que você deve ter em mente.

O EXAME DE INFERTILIDADE

Um exame de infertilidade testa todas as ligações na corrente de eventos desde a ovulação até a gravidez consolidada. Por causa do fato de que muitos testes são conduzidos separadamente e realizados em momentos específicos do seu ciclo, pode levar vários meses para que o processo seja concluído. Os testes podem ser invasivos, dolorosos e emocionalmente cansativos, assim como caros, uma vez que os planos de saúde nem sempre cobrem todos eles. Embora a sequência de testes diagnósticos possa variar com diferentes profissionais ou clínicas, o exame de infertilidade incluirá alguns ou todos os itens a seguir.

Histórico geral, seu histórico médico e da sua parceira ou parceiro, caso já os tenham realizado. Isso deve incluir uma revisão do seu histórico menstrual, assim como detalhes sobre gestações anteriores, abortos, episódios de infecções transmitidas sexualmente, seu histórico familiar relacionado à infertilidade, irregularidades menstruais ou menopausa precoce, uso de métodos contraceptivos, exposição a alguma toxina que possa ter afetado o seu sistema reprodutivo, além de fatores comportamentais, tais como estresse, alimentação, fumo, bebida e uso de drogas, prescritas ou recreativas.

Análise do sêmen. Pelo fato de a análise do sêmen ser provavelmente o mais simples e o menos invasivo de todos os testes e de os fatores masculinos serem responsáveis por cerca de um terço dos casos de infertilidade, esse é geralmente o primeiro teste recomendado. Será pedido que o homem ejacule em um recipiente limpo e a amostra será examinada sob um microscópio para avaliar a contagem, a forma e a mobilidade dos espermatozoides.

Exame ginecológico completo. Seu útero, ovários, seios e a área pélvica em geral deverão ser examinados. Isso incluirá um ultrassom transvaginal, no qual um aparelho delgado é inserido dentro da sua vagina para examinar seus órgãos reprodutores.

Monitoramento da ovulação. Uma investigação adequada deverá garantir que você entenda o seu ciclo menstrual e ajudar a rastrear a sua ovulação. Fazer uma curva da sua temperatura, conferindo-a toda manhã, e conhecer o aspecto do seu muco cervical ao longo do ciclo pode ser um primeiro passo. Mas, como essas ferramentas não permitem afirmar que você tem ovulação ou não, será necessário examinar a situação dos hormônios relacionados com a reprodução.

Perfil hormonal. Envolve exames de sangue para verificar, pelo menos, os níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH), estradiol e progesterona.

Teste de reserva ovariana. O termo “reserva ovariana” se refere ao número e qualidade dos óvulos nos ovários. Isso pode ser medido pelos níveis do hormônio antimülleriano (HAM) ou pela análise combinada de HAM, FSH e estradiol com uma contagem de folículos antrais por meio de ultrassom transvaginal. A maioria das pacientes inférteis deve ser avaliada periodicamente quanto à possibilidade de danos à reserva ovariana antes de prosseguir com qualquer tratamento avançado de fertilidade.

Histerossalpingografia (HSG). Uma HSG é quase sempre necessária durante a fase inicial dos testes de fertilidade. É um tipo de radiografia com contraste que permite avaliar se há obstrução de trompas. Ela pode também detectar anormalidades no útero. Tais problemas devem ditar o tipo de tratamento de fertilidade necessário. A demora na realização desse exame pode resultar em perda de tempo, energia e dinheiro, caso exista um problema estrutural a ser detectado. Quando a HSG identifica uma possível anormalidade no útero, um exame adicional pode ser realizado: a histeroscopia.

Histeroscopia. Durante uma histeroscopia, um pequeno tubo com uma microcâmara é inserido no útero através da vagina e do colo do útero, geralmente sob anestesia geral. Isso é feito para examinar o revestimento interno do útero, ajudar a coletar uma amostra de biópsia, se necessário, e guiar a cirurgia para remover pequenas lesões no útero.

Videolaparoscopia. A videolaparoscopia é um procedimento realizado sob anestesia geral para visualizar as trompas, os ovários, o exterior do útero e o tecido circundante da cavidade pélvica. Durante o procedimento, é feito um corte pequeno (cerca de 1 cm) próximo ao umbigo, por onde é inserido um tubo contendo gás carbônico e uma microcâmara, o que auxilia na identificação de anormalidades e, em alguns casos, a realização de sua remoção. Ela é geralmente indicada quando há alterações importantes na HSG, quando a mulher fez cirurgias pélvicas no passado e quando se suspeita de endometriose.

A linguagem da infertilidade

Talvez mais do que em qualquer outro campo, a medicina da infertilidade é cheia de termos médicos negativos emprestados da área militar e da indústria agrícola que são insensíveis e parecem culpar as mulheres pela infertilidade. Exemplos incluem: muco cervical hostil, abortamento habitual, insuficiência cervical, primípara idosa, dominância folicular, gravidez anembrionária, sonda vaginal, falência ovariana, coleta de óvulos.

TRATANDO A INFERTILIDADE

Uma vez identificada a causa mais provável de sua infertilidade, você pode conversar com sua médica ou médico para decidir o caminho de tratamento certo para você. Os tratamentos para infertilidade nem sempre envolvem métodos caros de alta tecnologia, como a FIV. Na verdade, a grande maioria dos casos de infertilidade recebe tratamentos mais baratos e de baixa tecnologia. Como nem todos os tratamentos funcionam para todas e é impossível prever exatamente o que funcionará para você, tratar a infertilidade é tanto uma arte quanto uma ciência. Considere com cuidado os prós e os contras de todas as suas opções.

MEDICAMENTOS

Uma grande quantidade de medicamentos é usada para equilibrar os hormônios, suprimir ou induzir a ovulação e preparar o útero. Podem ser usados hormônios naturais ou drogas sintéticas para imitar ou bloquear a ação dos hormônios. Alguns são tomados por via oral, enquanto outros são injetáveis. Dependendo do seu diagnóstico e histórico clínico, existem muitos protocolos de fármacos para o tratamento de problemas de infertilidade. Podem ser usados diferentes tipos de drogas, dosagens e horários de administração. Alguns dos medicamentos de infertilidade mais comumente prescritos são:

Citrato de clomifeno. Além do genérico, há nomes comerciais como Clomid ou Serophene. É, geralmente, a primeira escolha para tratar a falta de ovulação. É relativamente barato e eficaz e tem sido usado há cerca de 40 anos. É um medicamento prescrito para mulheres que não ovulam normalmente. Aproximadamente 60% a 80% das mulheres que tomam o citrato de clomifeno ovularão e cerca de 35% ficarão grávidas.¹ Como todos os medicamentos para a fertilidade, o Clomid pode aumentar suas chances de nascimento de gêmeos, embora seja menos provável do que com outros fármacos injetáveis para a infertilidade.

Letrozol. Além do genérico, há o nome comercial Femara. Originalmente, não era utilizado para o tratamento da infertilidade, mas, comumente, para tratar mulheres com câncer de mama. O letrozol pode ser tão eficaz quanto o clomifeno para induzir a ovulação. No entanto, é usado com menos frequência porque os estudos têm mostrado um risco de malformações se tomado quando a mulher está grávida. Para eliminar quaisquer riscos, as médicas ou médicos que prescrevem letrozol para a indução da ovulação precisam garantir que ele seja usado apenas antes da concepção e não durante uma gravidez.

Hormônio folículo-estimulante (FSH). Pode ser encontrado com os nomes Bravelle e Gonal-f. Estes hormônios injetáveis imitam o FSH e promovem a ovulação. Eles podem ser desenvolvidos em laboratório usando tecnologia de DNA recombinante ou extraídos e purificados da urina de mulheres na pós-menopausa.

Gonadotrofina menopáusica humana (hMG). Pode ser encontrada com os nomes Pergonal, Humegon e Menopur. Esses fármacos injetáveis se combinam com os hormônios da ovulação FSH e LH (hormônio luteinizante) para aumentar a produção de óvulos.

Agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). São hormônios sintéticos que suspendem a produção natural de LH e FSH pela hipófise para que a ovulação possa ser controlada com a utilização de outros medicamentos. Os agonistas do GnRH também são usados para interferir no crescimento do revestimento uterino (endométrio). O acetato de goserrelina (Zoladex) é um deles.

Antagonistas do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH). Esses medicamentos injetáveis atuam rapidamente contra os hormônios LH e FSH, suprimindo a ovulação para evitar que os óvulos sejam liberados prematuramente antes de poderem ser coletados. Um exemplo é o acetato de cetrorelix (encontrado o nome comercial Cetrotide).

Gonadotropina coriônica humana (hCG). Esses medicamentos injetáveis são geralmente usados juntamente com outras drogas com intuito de imitar a ação do LH, estimulando os ovários a liberar um ou mais óvulos maduros. São exemplos de nomes comerciais: Pregnyl, Ovidrel, Profasi.

Progesterona. Se uma gravidez ocorrer após a infertilidade, há médicas e médicos que recomendam suplemento de progesterona. A progesterona pode ser administrada por via oral, por injeção, como óvulo vaginal ou na forma gel por um período de dez a doze semanas para ajudar a manter a gravidez até que a placenta esteja completamente funcional.

A maioria desses medicamentos, especialmente os injetáveis, pode ser muito cara. O custo, em geral, não é coberto por planos de saúde nem pelo SUS. Como todos os medicamentos para infertilidade contêm hormônios, uma gama de efeitos colaterais pode ocorrer, tais como: ondas de calor, cólicas, inchaço, desconforto, náuseas, sensibilidade mamária, dor de cabeça, sangramento uterino e mudanças de humor.

Assim como ocorre com qualquer medicamento, os destinados ao tratamento da infertilidade vêm acompanhados de riscos. O mais comum é o de gestações múltiplas. Uma gravidez de gêmeos, trigêmeos ou de outra quantidade de múltiplos apresenta riscos tanto para mães quanto para bebês. Para minimizar a possibilidade de múltiplos, o monitoramento cuidadoso da ovulação é fundamental. Sua médica ou médico deve manter o controle de como você está respondendo aos medicamentos e tomar as precauções necessárias para limitar o número de óvulos fertilizados. O acompanhamento médico ciclo a ciclo também é imprescindível para diminuir o risco de complicações, como a síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO).

SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVARIANA (SHO)

A SHO acontece quando os ovários respondem exageradamente à estimulação e os vasos sanguíneos começam a perder líquido para outros espaços do corpo. Mulheres com síndrome de hiperestimulação ovariana leve podem ter distensão abdominal, náuseas, diarreia e algum aumento de peso. Com SHO moderada, as mulheres podem ter grande aumento de peso e inchaço abdominal devido ao acúmulo de líquido na cavidade do abdômen. Além disso, pode ocorrer desidratação, incluindo diminuição do volume de urina, sede e secura da pele. A síndrome de hiperestimulação ovariana grave também pode levar à acumulação de líquido nos pulmões e em torno deles, falta de ar e, em casos extremos, à síndrome da insuficiência respiratória aguda. A SHO moderada a grave ocorre em cerca de 1% de todos os estímulos ovarianos. Na maioria dos casos, a administração de hormônios é interrompida e o ciclo é cancelado para ajudar no restabelecimento do seu organismo. O tratamento de infertilidade pode ser reiniciado mais tarde, alterando o protocolo de estimulação.

Antes de tomar qualquer medicação, converse com sua médica ou médico sobre ela. Está registrada no país para essa finalidade? Em caso negativo, por que está sendo prescrita? Quais são os possíveis efeitos colaterais e riscos para a saúde? Faça sua própria pesquisa. E sempre informe qualquer reação adversa que venha a ter.

A segurança a longo prazo de muitos desses medicamentos não foi adequadamente estudada, embora pesquisas sobre o tema estejam em andamento. Alguns estudos epidemiológicos têm sugerido um aumento do risco de câncer no ovário e no útero (endométrio) entre as mulheres tratadas durante muitos ciclos com alguns medicamentos para infertilidade.

Há um risco ligeiramente maior de câncer de ovário em mulheres que utilizam remédios para estimulação ovariana do que em mulheres inférteis que não as utilizam e na população feminina em geral. No entanto, o pequeno número de estudos e de casos de câncer observados não permite saber qual o tipo de medicamento ou dose está mais relacionado ao problema.²

No caso do câncer de endométrio, também existem dúvidas. O citrato de clomifeno está associado a um maior risco desse câncer, quando as doses são superiores a 2000 mg e quando ele é utilizado em mais de sete ciclos. No entanto, ainda não é possível dizer se isso é devido à causa da infertilidade ou ao medicamento.³

INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

Diferentes técnicas cirúrgicas podem corrigir problemas estruturais do colo do útero, útero e trompas de falópio. No entanto, se houver danos significativos nas trompas, a fertilização *in vitro* pode proporcionar maior chance de uma gravidez bem-sucedida do que a reparação cirúrgica das trompas de falópio.

TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA (TRA)

As técnicas de reprodução assistida (TRA), como a inseminação artificial intrauterina (IIU) e a fertilização *in vitro* (FIV), são procedimentos utilizados para tratar a infertilidade ou a incapacidade de engravidar. De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), é permitido o uso das TRA por todas as pessoas capazes, incluindo homoafetivas e transgêneras, independentemente de sua situação conjugal, desde que respeitados os limites de idade vigentes para homens e mulheres. O consentimento livre e esclarecido é obrigatório para qualquer paciente que se submeterá aos tratamentos.

INSEMINAÇÃO INTRAUTERINA (IIU)

A inseminação intrauterina (IIU) é um tratamento de infertilidade relativamente simples no qual um cateter flexível muito fino é utilizado para colocar esperma, especialmente lavado e preparado, diretamente no útero. A inseminação intrauterina pode ser realizada em alguns casos de infertilidade masculina, tais como baixa contagem de espermatozoides, ou no caso de utilização de esperma de um doador. A IIU também pode ser usada se o muco cervical não é ideal para que a gravidez ocorra. Em casos de infertilidade sem causa aparente ou inexplicável, a IIU também pode ser tentada, especialmente antes de passar para tratamentos mais avançados. Muitas vezes, profissionais de saúde recomendam que, antes da IIU, as mulheres tomem medicamentos hormonais para estimular a produção de óvulos. Entretanto, tais medicamentos requerem monitoramento para prevenir tanto nascimentos de múltiplos como a possibilidade de desenvolvimento da síndrome da hiperestimulação ovariana. As taxas de sucesso da inseminação intrauterina variam muito, mas são tipicamente entre 5% e 20%. A inseminação geralmente custa milhares de reais por tentativa, sem a inclusão dos medicamentos. É cada vez mais comum que as mulheres tentem vários ciclos de hiperestimulação ovariana (via medicação) combinados com IIU antes de tentar a fertilização *in vitro* (FIV). Esses tratamentos são caros devido ao alto custo dos medicamentos, mas menos dispendiosos do que um ciclo de FIV.

Inseminação intrauterina caseira

A prática envolve basicamente a coleta do sêmen de um doador e sua inseminação imediata em uma mulher, geralmente com uso de seringa. Ainda que a prática não seja ilegal, há riscos para a saúde das mulheres e da criança nascida desse procedimento, na medida em que o doador não é submetido a exames específicos para detecção de doenças sexualmente transmissíveis e que podem ser transmitidas à mulher ou à prole. A situação se torna preocupante na medida em que várias mulheres, particularmente aquelas em união homoafetiva, vêm utilizando essa prática com doadores conhecidos, portanto, em desacordo com as áreas de regulação e proteção do CFM e da Anvisa.⁴

FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV)

Os procedimentos para a fertilização *in vitro* (FIV) envolvem a manipulação dos óvulos e do espermatozoide fora do corpo. A realização do tratamento ocorre por meio da coleta cirúrgica de óvulos dos ovários de uma mulher, combinando-os com espermatozoide no laboratório e, em seguida, retornando os óvulos fertilizados ou embriões para o corpo da mulher ou doando-os para outra (neste último caso, desde que sem caráter lucrativo ou comercial e por meio da assinatura do documento de “consentimento livre e esclarecido”).

Em 1978, Louise Brown, da Grã-Bretanha, foi a primeira criança nascida como resultado de uma FIV. O fisiologista britânico Robert Edwards, que criou e realizou o procedimento, recebeu os prêmios Nobel de Fisiologia e de Medicina em 2010. Hoje, estima-se que aproximadamente 1% de todas as crianças nos Estados Unidos nasça a cada ano com o uso de tecnologias de reprodução assistida. No Brasil e na América Latina, o primeiro nascimento via FIV ocorreu em 1984, no estado de São Paulo. Desde então, esse procedimento tem sido utilizado pelos serviços de reprodução assistida a um custo não acessível para pessoas de baixa e média renda. É necessário, portanto, uma reserva financeira que se possa cobrir todos os custos relativos à complexidade do tratamento, que muitas vezes envolve várias tentativas, gerando um alto custo financeiro e emocional para mulheres e casais.

Preservação da fertilidade pelo congelamento de óvulos

Infelizmente, muitos tratamentos para o câncer podem causar infertilidade. Em um esforço para tentar preservar o potencial reprodutivo no futuro, um número crescente de pessoas está usando técnicas como o congelamento de óvulos ou de espermatozoide antes de iniciar o tratamento de câncer. Pesquisas sobre como o câncer afeta a saúde reprodutiva (área conhecida como oncofertilidade) e opções de preservação da fertilidade estão crescendo, impulsionadas em grande parte pelo aumento das taxas de sobrevivência de pacientes com câncer.⁵

Um método para a preservação da fertilidade que se expandiu para além das pacientes com câncer é o congelamento ou criopreservação de óvulos. Algumas clínicas de reprodução assistida estão oferecendo essa opção para todas as mulheres interessadas em armazenar seus óvulos. O objetivo é congelar os óvulos não fertilizados quando você está em seus 20 ou 30 anos para usar mais tarde na sua vida, quando você decidir constituir sua família. No entanto, o pequeno número de mulheres estudadas não permite dizer qual a chance de gravidez, pois há muitos fatores que interferem nesse processo.

Os medicamentos usados para estimular a produção de óvulos podem oferecer riscos para a saúde, e o alto custo do congelamento coloca essa técnica

fora do alcance da maioria das mulheres. Além disso, o elevado teor de água dos óvulos significa que seu congelamento é muito mais difícil e imprevisível do que o congelamento do esperma ou dos embriões e, por isso, as taxas de sucesso ainda não são claras. Há um receio de que clínicas de reprodução assistida que oferecem caros serviços de congelamento de óvulos estejam vendendo falsas esperanças às mulheres.

A FIV é um processo de tratamento em etapas. Algumas semanas antes do procedimento, você irá tomar contracepção hormonal para suprimir sua própria função ovariana. Em seguida, você vai receber uma combinação de medicamentos para tratamento da infertilidade, muitas vezes por injeção, para estimular a produção de óvulos. Durante esse tempo, você terá que fazer várias consultas médicas, em que profissionais de saúde deverão monitorar cuidadosamente o número e o tamanho dos óvulos em cada ovário.

O procedimento de fertilização *in vitro* consiste em duas etapas principais: a coleta dos óvulos e a transferência de embriões. Durante a coleta de óvulos, você será sedada enquanto os óvulos maduros são cirurgicamente coletados dos seus ovários. Essa intervenção ocorre no serviço de reprodução assistida. Os folículos dos ovários são coletados em um processo chamado aspiração folicular. A aspiração folicular consiste na inserção de uma agulha nos ovários através do colo do útero. Essa agulha é guiada corretamente até os ovários por meio da imagem de um ultrassom transvaginal.

Uma vez que a agulha esteja na posição correta, os folículos no interior dos ovários serão aspirados e imediatamente examinados no microscópio para garantir a presença de óvulos viáveis. Isso é diferente do ciclo menstrual típico, no qual os ovários processam muitos óvulos, mas apenas um óvulo maduro é liberado para os as trompas de falópio e pode ser fertilizado.

Após a coleta de óvulos, você pode sentir um pouco de dor no abdômen e sonolência como resultado da anestesia. Depois de algumas horas de monitoramento, você será liberada para ir para casa. Pode ser que note alguns sangramentos vaginais leves. Também receberá antibióticos para prevenir infecções.

Em seguida a esse processo, seus óvulos vão se juntar ao esperma do seu parceiro ou de um doador no laboratório. Se os óvulos forem fertilizados, passarão pelo processo de divisão celular ao longo de cinco dias, momento em que serão inseridos de volta no seu útero ou em uma “barriga de aluguel”, nos países em que isso é permitido. Esse procedimento é chamado de transferência de embriões. Um cateter de transferência embrionária carrega os embriões pela abertura do colo do útero até o meio do útero. Um ultrassom é usado simultaneamente para ver a ponta do cateter e garantir sua colocação adequada.

Para a maioria das mulheres, o procedimento de transferência de embriões não requer qualquer sedação ou outras drogas. É provável que você sinta alguma dor ou desconforto mínimo. Quando a ponta do cateter atingir o local correto, os embriões são liberados para o revestimento do útero. Mais uma vez, isso é diferente do processo de concepção natural, quando o espermatozoide encontra apenas um óvulo nas trompas de falópio e, após a fertilização, um embrião segue para o útero e se implanta no revestimento uterino para ocorrer uma gravidez. Exceções ocorrem, pois, em cerca de 2% de todas as gravidezes naturais, mais de um embrião cresce no útero. Na FIV, como a norma é transferir mais de um embrião, mais de 30% das gestações são múltiplas. No Brasil, em caso de gravidez múltipla decorrente do uso de técnicas de reprodução assistida, é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária. Cerca de nove a onze dias após a transferência, é feito um exame de sangue para detectar a gravidez. Se um ou mais embriões tiverem sido implantados com sucesso no útero, o hormônio hCG será detectável.

Se sobraem embriões viáveis, pode-se optar por congelar (criopreservar) os excedentes para utilização futura. Além de economizar milhares de reais em custos, essa decisão evita que as mulheres tenham que repetir terapias estressantes de estimulação ovariana e potencialmente arriscadas para a saúde. Com os recentes avanços tecnológicos, os ciclos de FIV que utilizam embriões congelados têm as mesmas chances de sucesso do que os que utilizam embriões frescos.

As taxas de sucesso da FIV variam muito, pois dependem de muitos fatores, como a qualidade dos embriões implantados, a expertise da clínica e, mais importante, a idade da mulher. Nos Estados Unidos, dados de 2008 do Controle de Doenças (CDC) indicam que, em média, uma mulher com menos de 35 anos que está usando os seus próprios óvulos e embriões frescos tem cerca de 40% de chance por ciclo de engravidar e dar à luz. As mulheres entre 35 e 37 anos têm cerca de 30% de chance, as entre 38 a 40 anos têm cerca de 22% e as entre 41 a 42 anos têm cerca de 12%.⁶ Essas taxas, para os serviços credenciados pela Rede Latino-americana de Reprodução Assistida (Redlara), foram de 27% para mulheres com menos de 35 anos, 23% para as que tinham entre 35 e 37 anos, 26% para aquelas entre 38 e 39 e 10% para as com entre 40 e 42 anos.⁷

No Brasil, os custos de realização de um ciclo de FIV são extremamente altos e podem variar de acordo com a clínica, os procedimentos, os medicamentos e os serviços contratados. E, como é comum a realização de mais de um ciclo de FIV, esses custos podem se multiplicar a depender do número de ciclos contratados.

Em 2005, o Ministério da Saúde criou, por meio de portarias, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida⁸ e estabeleceu critérios para que os estados pedissem o credenciamento de serviços especializados em reprodução humana e em reprodução humana assistida.⁹ No entanto, poucos serviços realizam

reprodução humana assistida no SUS. Além disso, é comum que a própria paciente tenha que pagar pelos medicamentos necessários e que haja uma fila de espera que pode variar de dois a quatro anos para obter esses tratamentos, sendo que os critérios definidos para inclusão/exclusão das pacientes variam entre eles.

Infelizmente, não há no Brasil um registro que permita às pessoas localizar facilmente serviços de atenção à infertilidade e os que realizam reprodução assistida. As técnicas de reprodução assistida estão excluídas do rol de procedimentos obrigatórios definidos pela Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS). Por isso, eles não são cobertos pelos planos de saúde, a não ser que a cobertura tenha sido expressamente contratada.

Ainda assim, a decisão dos planos de saúde de manter como obrigatórios apenas os procedimentos da lista da ANS tem sido questionada na Justiça brasileira, com casos de sentenças favoráveis às pessoas usuárias dos planos. Essas ações se baseiam no direito à saúde previsto na Constituição Federal e na lei que regulamentou o planejamento familiar, em 1996, estabelecendo o dever do Estado de prover informações e meios para que as pessoas tenham ou não filhos e quando quiserem. Esses mesmos argumentos legais têm amparado usuárias e casais a entrar na justiça e, algumas vezes, obter reprodução assistida no SUS.

Diferentemente do que ocorre em alguns países, o número de ciclos realizados em cada serviço e os resultados alcançados não são publicados por nenhuma instituição independente. Nesse sentido, é um alento saber que a associação científica latino-americana Redlara, que congrega centros de reprodução assistida da região acreditados por um comitê, informa anualmente suas práticas e resultados em um registro mantido por ela.¹⁰

MINI-FIV

A Mini-FIV, também conhecida como FIV de estimulação mínima, utiliza os mesmos procedimentos que a FIV convencional. São feitos o monitoramento durante todo o ciclo, a coleta de oócitos, a fertilização dos gametas no laboratório e a transferência de embriões.

A diferença é a dose de medicação usada para estimular os ovários a produzir oócitos. Enquanto a fertilização *in vitro* convencional visa a produzir vários oócitos, a mini fertilização *in vitro* usa doses mais baixas de medicamentos para produzir de três a seis oócitos. Tal estratégia pressupõe que recrutar menos oócitos implica a melhor qualidade deles. Ou seja, a obtenção de oócitos maduros a partir de baixa ou moderada estimulação significa que provavelmente serão de boa qualidade.

Como são usadas quantidades reduzidas de medicamentos, o custo por ciclo é menor e o risco de síndrome de hiperestimulação ovariana diminui. Os efeitos adversos, como retenção de líquidos, inchaço abdominal e aumento de peso, são redu-

zidos. Além disso, como o valor dos medicamentos também é reduzido, o custo de cada ciclo é menor em comparação com à FIV convencional. Por outro lado, ao ter menos embriões resultantes desse processo, na eventualidade de falha na implantação e fixação do embrião no endométrio, é possível que mais ciclos de Mini-FIV sejam necessários para se produzir mais embriões. Pergunte à sua médica ou médico se esse tratamento está disponível no serviço e se é adequado para você.

INJEÇÃO INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDE (ICSI)

A injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) é uma técnica que envolve a injeção do espermatozoide selecionado diretamente no meio do óvulo. Portanto, é um procedimento que só poderá ser realizado por meio da técnica de fertilização *in vitro*. A ICSI foi originalmente desenvolvida para casais em que o homem não tem espermatozoides capazes de fertilizar um óvulo ou tem em pouca quantidade em seu sêmen (como pode acontecer após o tratamento de câncer). Nos casos mais graves, quando nenhum espermatozoide pode ser encontrado no sêmen do homem, o esperma pode ser removido cirurgicamente do epidídimo (o ducto que contém esperma maduro). O espermatozoide maduro é, então, injetado em um óvulo coletado de uma mulher.

Na maioria dos casos, cerca de 50% a 80% dos óvulos injetados usando a ICSI tornam-se fertilizados, mas o próprio procedimento pode danificar alguns óvulos ou não gerar um embrião. Existem também algumas preocupações sobre os riscos para bebês concebidos por ICSI. Algumas pesquisas sugerem uma taxa mais elevada do que o esperado de problemas no nascimento, incluindo a infertilidade em meninos. Uma vez que a ICSI é muitas vezes usada com homens que têm espermatozoides com menos qualidade, é possível que fatores genéticos possam influenciar de alguma forma. Mais investigação é necessária para compreender plenamente os riscos.

A ICSI aumenta as taxas de sucesso da técnica de reprodução assistida quando a infertilidade é masculina. No entanto, os dados acerca desse tratamento nos Estados Unidos não mostram que o uso da ICSI aumenta as taxas de sucesso quando a infertilidade não está presente no homem. Como não há um protocolo claro de cuidados, as clínicas variam muito em seu uso da ICSI. Apesar de não haver evidências suficientes de que essa técnica leva a melhores resultados na ausência de infertilidade no homem, mais de 50% dos procedimentos de FIV nos Estados Unidos são realizados com a ICSI. Dados da Redlara indicam que o percentual de utilização dessa técnica na América Latina é também de cerca de 50%.

Transferência única de embrião

Quando a medicina reprodutiva estava em seus primórdios, muitas clínicas de reprodução assistida transferiam vários embriões durante cada ciclo, em uma tentativa de aumentar as taxas de gravidez. Essa técnica resultou em muitos nascimentos de gêmeos, trigêmeos e até mesmo de números maiores de múltiplos. Infelizmente, os nascimentos de múltiplos, incluindo os de gêmeos, aumentam muito as probabilidades de problemas de saúde para mulher e bebês.

Os problemas mais comuns a curto prazo são a maior probabilidade de nascimentos prematuros e/ou crianças com baixo peso ao nascer. É mais provável que os prematuros necessitem de cuidados intensivos e de internações mais prolongadas no hospital, além de correrem mais risco de morte pouco depois do nascimento. Os problemas de saúde no nascimento também são mais comuns entre os múltiplos, embora afetem uma minoria dos bebês. As consequências a longo prazo do parto prematuro e baixo peso ao nascer incluem deficiências de desenvolvimento, como paralisia cerebral. Enquanto a taxa de paralisia cerebral é de em torno de 2% entre bebês não gemelares, alguns estudos descobriram que ela é cerca de cinco vezes mais alta entre gêmeos e cerca de vinte vezes maior entre múltiplos de maior quantidade. Esses riscos não se limitam a nascimentos de múltiplos: bebês de nascimento único, mas que fazem parte de uma gravidez múltipla, também têm alguns desses riscos.

As gestações múltiplas aumentam o risco de complicações na saúde da mãe durante a gravidez e no parto. Além disso, causam problemas de ordem familiar: estudos mostram que o divórcio é muito mais comum entre casais que tiveram múltiplos do que entre os que tiveram apenas um bebê. Há, ainda, consequências para a sociedade em geral, porque os custos da assistência médica para gravidezes múltiplas e crianças nascidas são maiores em comparação com os custos associados à prestação de cuidados a bebês de gestação única.

Devido a esses riscos, hoje muitos especialistas da área incentivam a transferência de apenas um embrião de cada vez, que será escolhido dentre aqueles que têm maior probabilidade de implantação e de progressão para o nascimento. Em 2010, uma meta-análise de ensaios clínicos comparou os resultados de duplas transferências de embriões com os resultados de uma transferência única. Esta última foi seguida por uma transferência de embriões descongelados depois de um primeiro ciclo não ter sido bem-sucedido, em que se descobriu que a transferência única de embrião tem mais chance de nascimento de um único bebê saudável. Embora a primeira estratégia (a dupla transferência de embriões) possa conduzir a uma gravidez mais rápida, ela está associada a nascimentos de múltiplos e a efeitos adversos para a saúde. A segunda estratégia

(a transferência de um único embrião) pode exigir mais tentativas, mas quase invariavelmente produz gravidezes únicas e de melhores resultados de saúde tanto para a mãe quanto para o bebê.

A possibilidade de uma mulher dar à luz um único bebê no tempo normal de gravidez (mais de trinta e sete semanas) após a transferência de um único embrião é quase cinco vezes maior do que a chance após a transferência de dois embriões. A principal barreira para as transferências de um único embrião é o custo. Muitas pessoas não podem pagar por vários ciclos de FIV e, por isso, optam por transferir múltiplos embriões em um único ciclo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) é o órgão regulador da utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. As clínicas devem seguir a regulamentação das normas técnicas e éticas expressas nas resoluções. No caso da transferência de embriões, a Resolução do CFM nº 2.294, de 27 de maio de 2021,¹¹ determina o número máximo de embriões a serem transferidos, de acordo com a idade da mulher. Mulheres com até 37 anos podem implantar até dois embriões. Acima dessa idade, podem transferir até três embriões.

Estatísticas clínicas e taxas de sucesso

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) atua como órgão regulador e fiscalizador dos serviços de reprodução assistida, incluindo instalações, procedimentos laboratoriais e registro dos resultados dos procedimentos realizados no Brasil, tais como: número de ciclos de fertilização *in vitro* realizados, número de oócitos produzidos, número de oócitos inseminados, número de embriões produzidos, transferidos, congelados, doados, bem como descartados por ausência de viabilidade.

Desde 2008, todas as clínicas de FIV são obrigadas, pela Resolução da Anvisa que criou o Sistema Nacional de Produção de Embriões,¹² a informar anualmente os dados dos procedimentos realizados. No entanto, nem todas cumprem essa obrigação. Um relatório da Anvisa de 2019 apontou que, do total de 183 clínicas cadastradas, cerca de 85% a 90% enviaram informações.¹³

Esses dados são analisados e publicados pela Anvisa anualmente, como “forma de promover a melhoria contínua do controle de qualidade dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG), auxiliar os inspetores sanitários a avaliar/inspecionar os Bancos, bem como possibilitar o acesso da população aos indicadores de qualidade dos serviços”. Tendo como base as informações dos Relatórios da Anvisa disponíveis até o momento, não é possível conhecer as taxas médias de sucesso do conjunto de clínicas e serviços brasileiros. Para que as mulheres possam fazer suas escolhas reprodutivas bem-informadas, é

fundamental que as autoridades sanitárias exijam e publiquem informações que respondam às questões abaixo sugeridas, de forma clara e precisa. Fique atenta e não se iluda com as informações sobre taxas de sucesso existentes em sites e blogs de serviços de reprodução assistida. É importante fazer várias perguntas à medida que você lê estatísticas de clínicas de reprodução assistida, ou decida-se por se consultar com especialistas.

- *Como é definido o “sucesso”?*

O sucesso pode ser definido de muitas maneiras diferentes: pelo número de transferências de embriões, pelo número de gestações ou de nascimentos. Pode lhe interessar a taxa de nascidos vivos (de preferência, nascimentos únicos) entre as mulheres da sua idade e diagnóstico, que utilizam o mesmo tratamento que você.

- *Há parâmetros que excluem certas mulheres da clínica?*

Algumas clínicas podem se recusar a aceitar determinadas mulheres, tais como aquelas acima de uma determinada idade ou que têm poucas chances de engravidar na esperança de aumentar as suas taxas de sucesso. Preste atenção às idades, diagnósticos e outras características das pacientes que a clínica trata rotineiramente. Escolha uma que tenha bons resultados com pacientes como você.

- *Qual o número médio de embriões transferidos por ciclo de fertilização in vitro? Qual é a taxa de nascimentos de bebês vivos em gravidezes únicas?*

Os responsáveis pelos programas de reprodução assistida tentam maximizar suas taxas de gravidez, minimizando a taxa de gestação múltipla. A necessidade de transferir muitos embriões pode indicar condições laboratoriais inferiores ou uma técnica de transferência de embriões menos refinada.

- *A clínica oferece transferência eletiva de um único embrião (eSET)? Qual é a taxa de nascimentos de bebês vivos depois de eSET? Quais são as taxas de gravidez e nascimento de embriões congelados?*

A fim de maximizar o número de gravidezes que podem ser alcançadas a partir de uma única coleta de óvulos (e diminuir a necessidade de tomar medicamentos adicionais para a infertilidade), é importante avaliar a experiência da sua clínica com embriões congelados. O aumento das taxas de gravidez a partir de transferências de embriões congelados constitui também uma indicação indireta de alta qualidade de um laboratório e de procedimentos de transferência.

- *Os números contam!*

Se uma clínica realizar apenas alguns ciclos de reprodução assistida a cada ano, todas as suas medidas de sucesso serão estatisticamente imprecisas e uma alta (ou baixa) taxa de sucesso pode se dever ao acaso e não à habilidade. Então, escolha uma clínica que tenha uma alta taxa de sucesso com base em um grande número de ciclos.¹⁴

DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL (PGD)

O diagnóstico genético pré-implantacional (PGD) é um exame que pode ser realizado no processo de fertilização *in vitro* (FIV). Em seu primeiro estado de desenvolvimento, uma ou duas células são removidas de cada embrião, semelhante a uma biópsia, e são examinadas para verificar alterações genéticas antes de o embrião ser colocado no útero para se desenvolver.

O PGD foi originalmente desenvolvido para famílias com histórico de deficiências genéticas, incluindo doença de Tay-Sachs, síndrome de Down, fibrose cística, doença de células falciformes, distrofia muscular espinhal, doença de Huntington, síndrome de Marfan, hemofilia e síndrome de X frágil. O PGD é mais frequentemente recomendado quando um dos genitores é um portador conhecido ou pode ter risco de uma deficiência genética. Esse procedimento é indicado também para mulheres em idade avançada e para casais pertencentes à mesma família, seja de primeiro, segundo ou terceiro grau. Possibilita escolher o sexo da criança para evitar doenças relacionadas ao sexo.

Essa ferramenta de apoio à reprodução assistida tem sido motivo de preocupações éticas, dentre outros motivos, pela possibilidade de escolha do sexo da criança não só para evitar patologias ligadas aos cromossomos sexuais, mas também para descobrir toda uma série de atributos indesejáveis, como certas características físicas ou capacidade de se sair bem em esportes ou música. O termo PGD é usado apenas quando o procedimento é realizado em embriões de homens e mulheres que são conhecidos por serem portadores de uma condição hereditária grave.

Outro tipo de diagnóstico é o “rastreamento genético pré-implantacional” (PGS) para descrever o mesmo processo quando é feito para procurar por mutações ou outros traços. A Sociedade Estadunidense de Medicina Reprodutiva (*American Society for Reproductive Medicine*) recomenda o uso de PGD, mas diz que não há evidências suficientes para saber se o PGS é realmente útil. Muitas pessoas se preocupam que o PGD e o PGS possam alimentar tendências eugênicas e dificultar a preservação de uma sociedade em que as pessoas com deficiência serão totalmente valorizadas por quem elas são.

O procedimento não parece ter qualquer efeito sobre as taxas globais de gravidez por FIV. O diagnóstico genético pré-implantacional geralmente é um procedimento que tem um alto custo adicional cobrado pelos serviços.

DOAÇÃO DE SÊMEN, DOAÇÃO DE ÓVULOS, DOAÇÃO COMPARTILHADA DE ÓVULOS, DOAÇÃO DE EMBRIÕES E BARRIGA SOLIDÁRIA OU GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

Uma coisa que eu acho que passa pela minha cabeça, de forma completamente involuntária, é que eu sou uma má feminista por lamentar o fato de não poder ter crianças biologicamente minhas. Sei perfeitamente que há muitas formas não tradicionais de ter uma família e que estas não são inferiores às famílias biológicas. Eu mesma tenho um irmão três anos mais velho que foi adotado a partir do programa de adoção; então, tenho conhecimento de causa sobre essa questão. Ou seja, eu preciso superar isso. Mas ter essa opção excluída parece uma violação do meu corpo pelo meu próprio corpo, se isso fizer algum sentido. Sentir isso, sentir-se como uma má feminista, não é um lugar confortável de ficar.

A doação compartilhada de óvulos, a doação de sêmen e a barriga solidária são técnicas que se referem ao processo da reprodução assistida quando outra pessoa fornece sêmen, óvulos ou embriões ou outra mulher oferece seu útero para que uma família possa ter uma criança. O envolvimento do doador, da doadora ou da mulher que se oferece como barriga solidária é limitado ao processo reprodutivo e não se estende à participação na vida da criança. Esse tipo de reprodução assistida compartilhada é complicado e envolve uma série de considerações importantes para garantir uma experiência segura e bem-sucedida. No Brasil, as pessoas doadoras não devem conhecer a identidade das pessoas receptoras e vice-versa, e não é permitido o uso da “barriga de aluguel” (cessão do útero para gestação em troca de dinheiro), sendo praticada a gestação de substituição ou cessão temporária do útero.

Sêmen de doador

A concepção via inseminação com sêmen de doador envolve o uso do sêmen de um homem que não é seu parceiro. As mulheres e/ou casais interessados em doação de sêmen podem encontrar um doador anônimo através de um banco de esperma. Os bancos de sêmen devem obrigatoriamente realizar testes que comprovem que as amostras de sêmen armazenadas estão livre de infecções e de doenças genéticas. É importante que os doadores passem por uma triagem e avaliação de saúde. Assegure-se de que o banco de sêmen escolhido realiza esse processo de forma rigorosa. Normalmente, você pode encontrar informações básicas sobre os doadores anônimos, incluindo suas características físicas, tipo sanguíneo, origem étnica e/ou racial, nível educacional e carreira. No caso de utilização de banco de esperma internacional, pode-se obter um maior número de informações dos doadores em função das

diferenças de regulamentação entre os países. Nos Estados Unidos, por exemplo, os bancos de sêmen permitem acessar um perfil pessoal descrito pelo próprio doador, bem como fotos atuais e da infância.

As taxas de sucesso variam de acordo com sua idade, histórico de gravidez passada e diagnóstico de infertilidade (se você tiver um). Os custos associados à doação de esperma variam muito, de algumas centenas a vários milhares de reais, dependendo de se o banco de sêmen for nacional ou internacional, do processo que você planeja utilizar e em qual clínica de fertilização você está sendo atendida.

No Brasil, não se sabe quantas crianças nasceram por meio da doação de sêmen, oócito ou embriões ao longo dos anos, pois essa informação não é disponibilizada pelos serviços e nem registrada pela Anvisa. No entanto, resoluções do CFM, desde 2017, estabelecem a responsabilidade do Banco de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) em garantir registros rastreáveis que contenham as informações dos indivíduos que nasceram por essas técnicas, com o propósito de controlar gestações oriundas de um mesmo doador e evitar que um doador tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes. De acordo o 2º Relatório de Importação de Células e Tecidos Germinativos para Uso em Reprodução Humana Assistida, divulgado pela Anvisa, “esta prerrogativa é aplicável, igualmente, às amostras de doadores internacionais, de forma a promover mecanismos de controle, como já ocorre em países da Europa, nos Estados Unidos, no Canadá e na Austrália, entre outros, para se evitar no futuro possíveis relações entre consanguíneos e suas consequências”.¹⁵

TRA na Bulgária

Grupo: Iniciativa para a Saúde da Mulher na Bulgária

País: Bulgária

Fonte: *Нашемяо Ние самиме* (*Our Bodies, Ourselves*), edição búlgara

Website: ourbodiesourselves.org/programs/network/foreign

Na Bulgária, é considerado um dever da mulher ter crianças, e as técnicas de reprodução assistida são amplamente utilizadas por casais inférteis. Com dezoito clínicas no país e outras a caminho, as mulheres gastam anos economizando dinheiro para o tratamento e navegando pelo sistema de saúde para aprender mais sobre diferentes tratamentos, riscos e resultados.

Conforme a demanda por esses serviços aumenta, a Iniciativa para a Saúde da Mulher na Bulgária (*Women's Health Initiative in Bulgaria – WHIBG*), parceira da OBOS que publicou uma adaptação de *Our Bodies, Ourselves* em 2001, relata que as ativistas de saúde feminina têm defendido, com sucesso, uma melhor regulamentação dos procedimentos de tratamento e subsídios governamentais

para mulheres incapazes de arcar com os custos dos cuidados. Em 2009, quase um quarto dos seis mil casais que foram submetidos a procedimentos *in vitro* recebeu assistência monetária do governo búlgaro.

Além da preocupação com a segurança e o acesso, a WHIBG está pesquisando o contexto no qual as mulheres decidem buscar tratamento assistido. A organização observa que a maioria das mulheres búlgaras sente que as técnicas de reprodução assistida incorporam a esperança e o empoderamento, apesar dos riscos emocionais e físicos que elas podem enfrentar. Como resultado dessas atitudes, a WHIBG faz recomendações políticas para diminuir a estigmatização da falta de filhas ou filhos e para assegurar que as mulheres possam ter acesso aos recursos de que necessitam para exercer toda a sua gama de opções reprodutivas.

A WHIBG está chamando a atenção para o duplo sofrimento das mulheres búlgaras diante de um sistema de saúde desregulado e aliado a uma visão social que desvaloriza e estigmatiza mulheres que não têm filhas ou filhos. Esse trabalho tem levado muitas clínicas a incorporar psicólogas e psicólogos em suas equipes de tratamento para a infertilidade.

Óvulos de doadoras

Conceber uma criança por meio da doação de óvulos de outra mulher é uma das possibilidades para mulheres e casais. Ela é mais usada por mulheres que apresentam falência ovariana prematura, infertilidade relacionada à idade, má qualidade dos óvulos, infertilidade inexplicável ou distúrbios que podem ser transmitidos geneticamente. Uma vez que os óvulos tenham sido coletados e fertilizados pelo esperma de seu parceiro ou doador, quaisquer embriões resultantes serão colocados em seu próprio útero ou no útero da pessoa que vai prosseguir com a gestação (no caso da gestação de substituição).

Como os óvulos utilizados são de mulheres jovens saudáveis, as taxas de sucesso são geralmente em torno de 55% na maioria das clínicas. Bebês nascidos por meio desse procedimento caro não são geneticamente relacionados com a mulher que os carrega. Aceitar esse fenômeno moderno pode ser difícil, pois significa aceitar que sua filha ou filho não terá a sua herança genética.

A responsabilidade pela escolha das doadoras é dos serviços de reprodução assistida, que devem garantir que a doadora tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora. Além disso, de acordo com a Resolução do CFM nº 2.294, de 27 de maio de 2021, “as clínicas, centros ou serviços onde são feitas as doações devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente”.¹⁶

Em algumas relações homoafetivas femininas, uma parceira pode doar o óvulo e a outra pode ter a gestação, permitindo que ambas as mulheres tenham uma conexão biológica com a criança. Na maioria dos casos, porém, as doadoras de óvulos devem ser necessariamente desconhecidas da família receptora.

É importante que a doadora seja devidamente examinada, tanto física quanto emocionalmente. Ela também precisará fazer um exame psicológico completo para identificar quaisquer problemas emocionais, avaliar suas motivações para doar e verificar se entende os riscos físicos, psicológicos e legais. Como esses procedimentos podem causar alguns riscos à saúde e como os riscos da doação de óvulos a longo prazo ainda não foram completamente estudados, essa doação levanta preocupações éticas. Algumas pessoas acreditam que, embora seja aceitável que uma mulher que deseja doar seus óvulos de maneira altruísta aceite os riscos de saúde envolvidos, é questionável incentivar as mulheres a doar óvulos, especialmente quando não há informações suficientes disponíveis para fazer uma escolha consciente.

Doação compartilhada

A doação compartilhada de óvulos existe como técnica aprovada pelo CFM desde 2013. Trata-se de um procedimento em que as partes envolvidas compartilham o material biológico (óvulos) e os custos do tratamento. Nesse processo, ambas estão se submetendo ao tratamento de reprodução, sendo que a doadora, além de utilizar seus óvulos para o próprio tratamento, tem condições e aceita doar parte dos óvulos coletados para outra mulher. A receptora, que por motivos diversos não produz mais óvulos, precisa da doação para se submeter ao tratamento de reprodução assistida. Esse procedimento permite que os custos sejam também compartilhados entre as pacientes, acarretando uma redução do valor do tratamento para ambas as partes. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido, ou seja, na escolha dos melhores óvulos.

Trabalhando com uma doadora ou uma agência de barriga de aluguel nos Estados Unidos

A indústria de doação e de barrigas de aluguel nos Estados Unidos é uma atividade que gera mais de 38 milhões de dólares por ano e cresce de 6% a 8% ao ano. No momento, há poucas diretrizes ou monitoramento para doadores de esperma, doadoras de óvulos ou agências de barrigas de aluguel. Qualquer pessoa, independentemente de seus antecedentes ou qualificações, pode recrutar potenciais doadoras ou barrigas de aluguel e cobrar uma taxa para colocá-las em contato com a família interessada.

Como resultado, há uma grande diversidade desse tipo de agência, no que oferecem e no quanto cobram. Existem agências que só possuem um site,

enquanto outras possuem escritórios comandados por advogadas e advogados, profissionais de saúde, ex-pacientes ou doadoras ou por mulheres que já foram contratadas barrigas de aluguel.

Se você optar pela doação de óvulos, é importante que avalie cuidadosamente qualquer agência que considere contratar. Pergunte sobre a experiência e as certificações da agência. Solicite referências e converse com ex-doadoras, barrigas de aluguel e famílias. Entenda as políticas de recrutamento, seleção e pagamento da agência, assim como todos os custos pelos quais você será responsável. A agência deve ter uma relação direta com clínicas de fertilização, profissionais de saúde mental e advogadas e advogados especializados em direito reprodutivo, e também deve ser bem respeitada dentro da área.

Compare várias agências para que você possa reconhecer quaisquer diferenças ou sinais de alerta. Acima de tudo, as agências que oferecem serviços de reprodução de terceiros devem ser abertas, honestas e éticas, comprometidas com a proteção dos interesses das doadoras e doadores, das barrigas de aluguel e das famílias interessadas.

Gestação compartilhada

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), é permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira.

Gestação de substituição

A gestação de substituição, barriga solidária ou cessão temporária do útero é o nome que se dá à técnica de reprodução assistida que permite que uma mulher ceda temporariamente seu útero para gestar e gerar uma criança de outra mulher ou de um casal. É uma alternativa considerada como uma opção de construção familiar entre as mulheres que perderam o útero, nasceram com uma anomalia uterina que tornaria a gravidez extremamente difícil ou que não conseguem levar uma gravidez a termo por outras razões de saúde.

No Brasil, a cedente temporária do útero deve necessariamente pertencer à família de um dos parceiros ou parceiras em parentesco consanguíneo até o quarto grau, além de ter tido pelo menos um filho ou filha. Essa relação não pode ter caráter lucrativo ou comercial, e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente. É também permitida em casos de casais homoafetivos masculinos que desejam ter filhas ou filhos usando seu próprio material genético.

Doação de embriões

Alguns casais que engravidam por meio de tecnologias de reprodução assistida (TRA) podem acabar com mais embriões congelados. Muitos casais optam por congelar os embriões restantes, principalmente se esperam ter mais filhas ou filhos, mas alguns decidem doar os embriões para outras famílias que não tiveram sucesso nessa etapa. Os embriões doados são então transferidos para o útero de uma mulher usando a transferência de embriões congelados.

A doação de embriões também é escolhida por muitas famílias que não têm condições de pagar pela FIV ou doação de óvulos. Essa alternativa está disponível em algumas clínicas de fertilização e é normalmente menos cara do que outros tipos de TRA. A doadora de embriões não recebe pagamento pelo embrião; no entanto, você deve pagar à clínica ou agência pelo armazenamento, testagem e transferência do embrião para seu útero. Os custos desse procedimento devem ser consultados diretamente nos serviços de reprodução assistida.

Se você optar por usar embriões de doadoras ou doar seus embriões para outra família, você precisará investigar as implicações legais envolvidas. Se você e/ou a pessoa com quem você está decidirem por usar um embrião doado, converse com profissionais de saúde sobre as possíveis implicações sobre o nascimento de uma criança. Você também deve consultar uma advogada ou advogado especializado em reprodução assistida, bem como profissional de saúde mental com conhecimento sobre as complexas facetas do nascimento de uma criança sem vínculo genético com você e/ou sua parceira ou parceiro, se for o caso.

A gravidez por substituição é um procedimento de TRA altamente complexo, tanto legal quanto eticamente. Em países em que é permitida a contratação de uma mulher para ser barriga de aluguel, como, por exemplo, nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, existem relatos de casos em que as mulheres mudaram de ideia sobre a entrega do/da bebê uma vez que a criança nasceu. Discursos públicos comoventes ocorreram em cenários dramáticos de tribunais onde os aspectos mais controversos de TRA foram debatidos, às vezes durante meses ou anos. Por causa disso, Washington (D.C.) e Arizona baniram o uso da “barriga de aluguel”. Outros estados estadunidenses, como Michigan, Nova York, Indiana, Kentucky e Nebraska, declararam os contratos de barriga de aluguel nulos e inexecutáveis.

Contando às crianças

Cada vez mais mulheres e casais que lutam contra a infertilidade estão escolhendo usar sêmen ou óvulos doados para conceber uma criança. Essas tecnologias têm dado a milhões de pessoas a oportunidade de construir uma família.

Elas também levantam questões complexas sobre o papel dos laços genéticos e os direitos das crianças concebidas com gametas doados. No passado, as famílias eram aconselhadas a manter em segredo a utilização de doadores na concepção da criança, talvez pensando que isso protegeria o casal de constrangimentos. Hoje, os resultados de pesquisas têm mostrado que a manutenção desse segredo pode ser motivo de sofrimento para a família. Cada vez mais pessoas estão reconhecendo que as crianças concebidas usando sêmen ou óvulos doados ou nascidas a partir de embriões doados – assim como crianças que são adotadas – têm o direito de conhecer suas origens e histórias genéticas.

PENSANDO SOBRE A INFERTILIDADE

INTIMIDADE E INFERTILIDADE

Durante os meses ou anos de exames e tratamentos, você terá que planejar sua vida sexual em torno de seu ciclo menstrual e dias férteis. Anotar quando você faz sexo e fazer sexo em horários determinados pode fazer você se sentir como se nada mais fosse privado ou sagrado em sua vida.

Muitos casais descobrem que a espontaneidade no ato de fazer sexo diminui. Os homens podem sentir ansiedade e não conseguir ter uma ereção. As mulheres podem se sentir violentadas fisicamente, em parte, devido ao aumento da quantidade de picadas resultantes das injeções hormonais e dos frequentes exames para monitoramento da ovulação.

Apesar de muitos casais acharem que suas relações se fortalecem durante o tratamento para a infertilidade, mesmo os casais mais fortes podem experimentar sofrimento e confusão. Por mais difícil que seja, tente encontrar uma maneira de manter a intimidade. Concentre-se no prazer pelo prazer. Concentre-se em todos os aspectos bons e positivos um do outro. Lembre-se de que existe uma vida além da infertilidade.

RISCOS À SAÚDE DECORRENTES DE TRATAMENTOS PARA A INFERTILIDADE

Há riscos associados ao uso de qualquer medicação ou tratamento médico, especialmente quando envolve anestesia ou cirurgia. Muitas pessoas pensam que vale a pena correr os riscos potenciais associados aos tratamentos para a infertilidade para se tornarem mães.

O risco mais comum e subvalorizado é a gravidez múltipla. As mulheres que passam por esses tratamentos têm maior probabilidade de engravidar com mais de um feto do que as mulheres que engravidam naturalmente. Crianças concebidas

com TRA representam cerca de 1% de todos os bebês nascidos nos Estados Unidos, bem como aproximadamente 18% dos gêmeos e trigêmeos. Gestações múltiplas apresentam riscos maiores de complicações na gravidez, parto prematuro, baixo peso ao nascer, deficiências a longo prazo e até mesmo a morte de bebês.¹⁸

Com as TRA, os nascimentos múltiplos são, em grande parte, devidos à prática de transferência de múltiplos embriões para o útero durante a FIV. Poderiam ser evitados por meio da limitação do número de embriões transferidos. Nos últimos anos, a Sociedade Estadunidense de Medicina Reprodutiva e a Sociedade de Tecnologia Reprodutiva Assistida têm emitido diretrizes cada vez mais rígidas para o número de embriões que devem ser transferidos de volta para o útero. As clínicas de fertilização têm atuado de forma adequada: em 1996, mais de 60% dos procedimentos de TRA implicaram na transferência de quatro ou mais embriões, enquanto em 2008 essa proporção foi reduzida para 14%. Atualmente, o maior número de procedimentos envolve a transferência de dois embriões. Essa tendência tem tido um impacto importante sobre a percentagem de gestações de gêmeos. Também, na América Latina, os dados da Redlara mostram queda acentuada no número de embriões transferidos entre 1990 e 2018: “Em 1990, 60,4% das transferências incluíram 3 ou mais embriões, caindo para 13,5% em 2018, e a transferência única de embriões (SET) aumentou de 13,8% para 30,4% entre 1990 e 2018”.¹⁹

Tratamentos complementares e alternativos para a infertilidade

Tratamentos complementares e alternativos, como massagem terapêutica, acupuntura, medicina tradicional chinesa, ervas, vitaminas, técnicas de abordagem mente-corpo, ioga, imagens visuais e técnicas de relaxamento, podem melhorar sua capacidade de administrar tratamentos médicos e lidar melhor com os desafios emocionais que eles apresentam. Algumas pesquisas sugerem que alguns desses tratamentos também podem melhorar suas chances de engravidar, mas infelizmente ainda há pouca pesquisa de alta qualidade sobre a eficácia deles. Ainda assim, cada vez mais clínicas de fertilização estão incluindo tratamentos complementares e alternativos juntamente com opções médicas convencionais. Outras clínicas têm desenvolvido parcerias com serviços ou profissionais para os quais regularmente encaminham pacientes. Se você optar por utilizar terapias complementares e alternativas, tente encontrar uma pessoa profissional que seja bem formada (e licenciada, quando necessário), experiente e que tenha uma sólida reputação dentro do campo da infertilidade.

A evolução científica na área da infertilidade

O diagnóstico e o tratamento para a infertilidade estão sempre em evolução, em função do conhecimento e desenvolvimento de novas tecnologias e medicamentos introduzidos pelas empresas farmacêuticas, hospitais e profissionais da saúde. Novas causas de infertilidade provavelmente serão reveladas à medida que aprendermos mais sobre os efeitos tóxicos ambientais e sobre como nossos genes interagem com o ambiente em mudança.

Infelizmente, novas técnicas e tratamentos são raramente estudados em ensaios controlados e randomizados que poderiam estabelecer sua segurança e eficácia. No entanto, estudos observacionais têm a capacidade de indicar benefícios e riscos associados à cada técnica. Você tem o direito de saber como os tratamentos oferecidos a você foram estudados e quais os resultados. Você também tem o direito de saber sobre os possíveis riscos e efeitos colaterais de cada tratamento e sobre a quantidade de tempo e dinheiro que serão necessários. Tente identificar os tratamentos mais seguros e menos invasivos. Sempre que possível, desenvolva com sua médica ou médico um plano de tratamento por escrito (inclusive com indicativo de quando interrompê-lo) que seja adaptado às suas necessidades. Procure, também, entender tudo o que você precisa saber para dar um consentimento livre e esclarecido às abordagens de diagnóstico e tratamento.

Como há um número crescente de clínicas nos Estados Unidos limitando o número de embriões implantados, uma proporção crescente de nascimentos múltiplos é resultado do uso de medicamentos injetáveis de fertilidade que hiperestimulam a ovulação. Quando muitos óvulos se desenvolvem e são fertilizados por meio de relações sexuais regulares ou de uma inseminação artificial intrauterina, há uma gravidez múltipla. Muitas famílias procuram medicamentos injetáveis por causa do custo da FIV. Os tratamentos para a infertilidade não são cobertos pelos planos de saúde. Embora ainda caros, os medicamentos para a infertilidade por si só são uma fração do custo de um ciclo de FIV.

Os gastos associados aos tratamentos fazem com que muitas pessoas tentem outros caminhos para construir suas famílias o mais rápido possível, inclusive tomando medicamentos sem o devido monitoramento ou sem uma compreensão completa dos riscos envolvidos.

Infelizmente, ainda se sabe muito pouco sobre os outros riscos que vários tratamentos para a infertilidade representam para as mulheres e para as crianças nascidas desses procedimentos. É fundamental pesquisas de boa qualidade que acompanhem um grande número de mulheres e crianças por longos períodos.

CONFLITOS ÉTICOS ENFRENTADOS NOS TRATAMENTOS PARA INFERTILIDADE

A reprodução assistida traz desafios éticos complicados para os indivíduos envolvidos, profissionais da saúde e para a sociedade em geral. Os tratamentos de infertilidade possibilitam arranjos familiares diferentes do convencional e, portanto, questionam o padrão de família tradicional. Para quem enfrenta a infertilidade, as decisões sobre a construção da família se tornam complexas.

Um dilema ético associado às tecnologias de reprodução assistida envolve o debate político sobre os embriões e o que fazer com os não utilizados. Muitos casais fertilizam o maior número possível de óvulos durante seus tratamentos e congelam quaisquer embriões remanescentes para uso posterior.

De acordo com o mais recente Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), da Anvisa, existem cerca de cem mil embriões criopreservados e armazenados em 161 clínicas de fertilização no Brasil. Esses números são atualizados a cada Relatório Anual. Muitos são eventualmente utilizados para a construção de famílias, mas muitos permanecem sem uso, e muitas vezes os casais não estão preparados para tomar uma decisão sobre o que fazer com seus embriões uma vez que suas famílias estejam completas. Alguns simplesmente param de pagar as taxas de armazenamento ou perdem o contato com as clínicas. Por razões tanto éticas quanto legais, as clínicas relutam em descartar os embriões sem o consentimento do casal. Os casais que desejam doá-los para pesquisa são confrontados por leis e diversas restrições que dificultam a doação.

Poucos casais optam por doar seus embriões a outros casais devido à falta de informação sobre essa opção e a preocupações éticas e morais. É importante que os casais pensem no que farão com seus embriões remanescentes antes de se submeterem a tratamentos para a infertilidade e comecem a gerar embriões. Caso contrário, eles podem lutar com a incerteza sobre o que fazer com eles durante anos ou mesmo décadas. No Brasil, a Resolução 2021/2094 do CFM determina que “os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se essa for a vontade expressa dos pacientes, mediante autorização judicial” e que “os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados, mediante autorização judicial”. Também, para que não surjam dúvidas em situações de divórcio ou morte de um dos parceiros, determina que “no momento da criopreservação, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejam doá-los”.²⁰

Entretanto, mesmo com a anuência das partes na coleta de material genético quanto ao destino dos embriões, a insegurança jurídica pode prejudicar os acordos firmados entre os parceiros, revogando ou alterando o termo de consentimento previamente

assinado. Um exemplo recente envolveu um homem e uma mulher que realizaram o procedimento de fertilização *in vitro* enquanto eram casados. Na ocasião, foi firmado um termo para que, em caso de divórcio, os embriões pertencessem à esposa. Após a separação, o homem ajuizou ação pelo descarte dos embriões excedentários. A decisão unânime da 5ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) foi de que “a vontade procriacional pode ser alterada ou revogada de maneira legítima e válida até a implantação do embrião criopreservado”. A decisão foi fundamentada no Artigo 226 da Constituição Federal de 1988 e seguiu o princípio da autodeterminação no planejamento familiar e da paternidade responsável.

A reprodução por terceiros, na qual outra pessoa entra na etapa de concepção, também envolve riscos e levanta muitas preocupações éticas importantes. Algumas ativistas em saúde da mulher se preocupam com os riscos para a saúde das doadoras de óvulos decorrentes do uso de medicamentos que estimulam a ovulação. Há falta de dados sobre segurança a longo prazo e pesquisas insuficientes sobre os problemas sérios e ocasionalmente irreversíveis experimentados por algumas mulheres que usam essas medicações. Algumas pessoas temem que os riscos da doação de óvulos tenham sido subestimados e sentem que são necessárias regulamentações para melhor garantir que as consequências a longo prazo da doação sejam melhor compreendidas. Seria necessário um registro nacional de doação de óvulos para melhor rastrear os efeitos desses medicamentos. Além disso, tem havido pouca pesquisa sobre o que acontece, física e emocionalmente, com doadoras, cedentes temporárias do útero, famílias e crianças após a doação ou nascimento. As pessoas que construíram suas famílias por meio de reprodução colaborativa não são acompanhadas. Também não há nenhum procedimento para que doadoras contatem posteriormente as famílias que ajudaram a construir ou vice-versa. Isso é especialmente preocupante se surgir uma necessidade médica ou se a informação sobre seu próprio histórico de saúde pessoal ou familiar mudar. Na verdade, a maioria das doadoras de óvulos e dos doadores de esperma nunca sabe se sua doação resultou em uma gravidez. Precisamos saber mais sobre o que acontece com pessoas doadoras, receptoras e suas crianças, para que possamos minimizar quaisquer consequências negativas, incluindo as não intencionais.

Profissionais da saúde que oferecem tratamento muitas vezes também comandam empresas e sabem das vantagens econômicas envolvidas. Muitas clínicas de fertilização sentem pressão para produzir estatísticas que mostrem para potenciais pacientes as mais altas taxas possíveis de gravidez e nascimento. Isso, às vezes, afeta suas escolhas em relação aos tratamentos. Da mesma forma, especialistas em fertilidade lutam para tentar agradar pacientes (para evitar que optem por outra clínica) que querem prosseguir com certos tratamentos quando as chances de um bom resultado são remotas e outras opções mais apropriadas – como o uso de óvulos doados, cessão temporária de útero, interrupção do tratamento e possível adoção – não parecem ser aceitáveis.

O aspecto comercial dos tratamentos para a infertilidade também restringe o acesso aos cuidados para muitas famílias que não têm os recursos financeiros necessários, uma vez que a oferta de tratamento para a infertilidade no SUS é insuficiente. Muitas pessoas procuram outras opções, tais como viajar para outros países para tratamentos mais baratos. Vários países restringiram severamente os tratamentos para a infertilidade ou exigem longos períodos de espera, fazendo com que muitas famílias viajem a outros lugares para tratamentos. Algumas pessoas são capazes de obter bons cuidados de última geração com especialistas por um preço acessível. Outras se encontram em situações que podem ser antiéticas ou inseguras, particularmente no que diz respeito à doação de óvulos, em que mulheres muito pobres e pouco instruídas podem ser exploradas por seu potencial reprodutivo. Infelizmente, protocolos, parâmetros e fontes de informações independentes e confiáveis são de difícil acesso para a população em geral.

Conforme as tecnologias progredem, multiplicam-se os desafios éticos e sociais, com questões complexas de justiça, direitos e princípios conflitantes sendo continuamente levantadas. Como sociedade, é urgente discutir essas questões e evitar deixá-las apenas na competência de pesquisadoras e empresas de biotecnologia. Também precisamos dedicar recursos e energia para identificar e remover as causas ambientais e físicas da infertilidade. A prevenção, informação e ampliação do acesso à atenção custo-efetiva apropriada à infertilidade no sistema público e a inclusão da cobertura pelos planos de saúde são imprescindíveis para que mais famílias em todo o mundo possam ter suas crianças com segurança, quando estiverem prontas.

TOMANDO DECISÕES

SE VOCÊ ENGRAVIDAR

Engravidar, sem dúvida, trará grande alegria e alívio. Infelizmente, a infertilidade não termina com a gravidez. A experiência da infertilidade muitas vezes traz sua própria bagagem para uma gravidez: tristeza por perdas anteriores, ansiedade e medo de que seu corpo, incapaz de conceber por si só, possa não ser capaz de prosseguir com uma gravidez.

Além de breves surtos, não consegui me empolgar até o final, e até mesmo isso foi reprimido. Tive amigas que aparentemente passaram por gestações com um clima de que tudo vai dar certo, e tenho inveja da alegria que elas parecem ter vivido. Senti como se todos os comerciais e notícias sobre as alegrias da gravidez tivessem sido escritos para outras pessoas que não eu. Isso fez eu me sentir um pouco defeituosa, então eu não conseguia me apaixonar totalmente por estar grávida, mesmo que minha gravidez fosse fácil.

Para a maioria de nós, a gravidez e a maternidade após a infertilidade são vividas com cuidado e controle da ansiedade, ao mesmo tempo que tentamos apreciar cada momento.

PENSANDO SOBRE QUANDO PARAR

Tenho trabalhado meus sentimentos sobre o procedimento que fracassou, sobre a possibilidade de que nunca engravidarei... Estou me sentindo realmente triste, muito desanimada, irritada, frustrada com o fato de termos feito o melhor que pudemos, mas parecer que estamos no fim do túnel. Estou realmente incerta sobre como proceder. Faz sentido colocar mais dinheiro em um procedimento sem resultado garantido? Como nos sentiremos se fizermos isso mais uma vez (e falharmos novamente)? Talvez eu deva poupar minhas perdas e proceder com a adoção. Por outro lado, tenho buscado o sonho de criar uma criança biológica por uma década. Eu ainda quero muito dar à luz. Posso viver sempre me perguntando se eu poderia ter tido sucesso em minha segunda tentativa.

Se os tratamentos para a infertilidade não tiverem o sucesso esperado, você pode se sentir extremamente decepcionada, irritada, vulnerável e desesperada para tentar qualquer intervenção que ofereça alguma esperança. Após cada intervenção fracassada, algumas de nós nos vemos submetidas a tratamentos que se tornam cada vez mais invasivos e debilitantes física e emocionalmente.

Se há sempre algo mais que você pode fazer, torna-se uma situação em que você não tem nem mesmo controle sobre quanto é o suficiente.

Além de nossa própria dor, muitas de nós sentimos a pressão de parceiras ou parceiros, família, amigas e colegas para buscar tratamentos mais complexos do ponto de vista técnico e social. Essa jornada, aparentemente interminável, pode levar algumas de nós a um labirinto emocional e ético que nos força a tomar decisões rápidas e não tão bem pensadas em relação à terapia hormonal, FIV, doação de óvulos, de esperma e de embriões, barriga solidária, adoção e até à opção de viver sem ter filhas ou filhos.

SEGUINDO EM FRENTE

Se os tratamentos não forem bem-sucedidos, enfrentamos decisões difíceis: devemos continuar tentando, buscar a adoção ou tomar a decisão de não ter filhas ou filhos? Para muitas de nós, a adoção proporciona um outro caminho para a mater-

nidade. Algumas de nós decidimos, geralmente com muita tristeza e sentimentos conflitantes, não perseguir a maternidade.

Os desafios de viver sem filhos nem sempre são fáceis e, definitivamente, ainda há altos e baixos. Mas as dificuldades são amenizadas ao perceber que a vida tem muito mais a oferecer. Também me sinto abençoada por ter o apoio de meu marido, que é maravilhoso e amoroso, e de amigas queridas. Em geral, sinto que cresci como pessoa e posso enfrentar o futuro, seja ele qual for.

Nossa filha tem quatro meses de vida agora. Continuamos a nos recuperar de nossos seis anos de infertilidade e da perda de nosso filho. Acho que sempre haverá alguma dor associada às batalhas que travamos e tantas vezes perdemos. Ao mesmo tempo, amamos nossa filha com todo o nosso coração e somos mais felizes agora.

Ao decidir sobre o próximo passo, dê a si mesma permissão para ser instável e cuidadosa, mudar de opinião e se desiludir. É importante descobrir como seguir em frente, apesar das dificuldades. Mas muitas de nós encontramos uma maneira de viver com a infertilidade e seguir em frente.

NOTAS

1. Roy Hamburg, “Clomiphene citrate – end of an era? A mini review”. *Human Reproduction*, v. 20, n. 8, 2005. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/20/8/2043/618568>
2. Ivana Rizzuto, Renee F. Behrens e Lesley A. Smith, “Risk of ovarian cancer in women treated with ovarian stimulating drugs for infertility”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008215.pub2/full>
3. Alkistis Skalkidou et al., “Risk of endometrial cancer in women treated with ovary stimulating drugs for subfertility”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010931.pub2/full>
4. Para saber mais sobre alguns dos riscos desse procedimento, acesse a página da Anvisa: www.gov.br/anvisa
5. Para obter informações mais detalhadas sobre câncer e preservação da fertilidade, veja o site: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos-para-o-cancer-que-podem-afetar-a-fertilidade-feminina/10102/65/>
6. CDC, American Society for Reproductive Medicine e Society for Assisted Reproductive

- Technology, *Assisted reproductive technology success rates: national summary and fertility clinic reports*, 2010. Disponível em: cdc.gov/ART/ART2008/PDF/ART_2008_Full.pdf
7. Rede Latino-americana de Reprodução Assistida (Redlara), *Registro Latino Americano de Reproducción Asistida*, 2012. Disponível em: https://redlara.com/images/arquivo/info_pacientes.pdf
 8. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 426, de 22 de março de 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0426_22_03_2005.html
 9. Ministério da Saúde, Portaria SAS/MS nº 388, de 06 de julho de 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=192801>
 10. É possível conhecer os serviços brasileiros associados à Relara em: redlara.com/quem_somos.asp?MYPK3=Centros
 11. Conselho Federal de Medicina, Resolução do CFM nº 2.294, de 27 de maio de 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294_2021.pdf
 12. Ministério da Saúde/Anvisa, Resolução RDC nº 29, de 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/rdc0029_12_05_2008.html
 13. Anvisa, *SisEmbrio: 13º. Relatório anual do Sistema Nacional de Produção de Embriões*. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-producao-de-embrioes-sisembrio/12o-relatorio-do-sistema-nacional-de-producao-de-embrioes-sisembrio>
 14. Para ter uma ideia de taxas de sucesso próximas da nossa realidade, consulte os relatórios anuais da Redlara disponíveis em: www.redlara.com
 15. Anvisa, *Dados de importação de células e tecidos germinativos para uso em reprodução humana assistida. 2º Relatório*. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-importacao-reproducao-humana-assistida/2o-relatorio-de-importacao-reproducao-humana-assistida-2018.pdf>
 16. Conselho Federal de Medicina, citado anteriormente.
 17. Debora L. Spar, *The baby business: how money, science, and politics drive the commerce of conception*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
 18. Center for Disease Control and Prevention (CDC), “Assisted reproductive technology surveillance – United States, 2006”. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 58, n. 5, 2009. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5805.pdf>
 19. Fernando Zegers-Hochschild et al., “Assisted reproductive techniques in Latin America: the Latin American registry”, 2017. Disponível em: <https://redlara.com/images/arquivo/RLA-JBRA-2017-2020.pdf>
 20. Conselho Federal de Medicina, citado anteriormente.

PARTE 5

A Idade Madura





PERIMENOPAUSA E MENOPAUSA

ASSIM COMO nosso corpo muda durante a puberdade e começamos a menstruar, na meia-idade, passamos do período reprodutivo para o fim natural dos ciclos menstruais mensais. A transição geralmente começa aos 40 e termina aos 50 e poucos anos, embora qualquer idade entre o final dos 30 e os 60 deva ser considerada dentro dos padrões possíveis. Em 2019, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) realizou um levantamento estimando que existiam cerca de 1.400 especialistas na área de geriatria atuantes na saúde no país. “A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que haja um médico geriatra para cada mil habitantes. Mas o Brasil está muito longe disso. O Ministério da Saúde trabalha com número ainda menor: 869 profissionais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”, de acordo com a Agência Câmara de Notícias em 2019.¹ Levando em consideração uma população estimada na época de 211 milhões de pessoas, isso representa uma quantidade muito pequena de profissionais dedicados e especializados nas áreas de envelhecimento humano.

A investigação e a compreensão dos eventos que envolvem o amadurecimento e o envelhecimento do ciclo reprodutivo feminino devem se fundamentar em olhares interdisciplinares, a fim de que se possa produzir e divulgar conhecimentos acessíveis sobre os diversos fatores que envolvem o “envelhecer” e suas transformações: físicas, psíquicas, sociais, cronológicas e funcionais.

Carta da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Em 2014, a SBGG publicou a carta pública abaixo, que foi fundamental para fomentar o debate a respeito da saúde e de tratamentos adequados às demandas específicas das pessoas idosas.

“Prezados Cidadãos e Cidadãs,

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, o processo iniciou-se a partir de 1960, e as mudanças se dão a largos passos. Em 1940, a população brasileira era composta por 42% de jovens com menos de 15 anos, enquanto os idosos representavam apenas 2,5%. No último Censo re-

alizado pelo IBGE, em 2010, a população de jovens foi reduzida a 24% do total. Por sua vez, os idosos passaram a representar 10,8% do povo brasileiro, ou seja, mais de 20,5 milhões de pessoas possuem mais de 60 anos, o que representa um incremento de 400% se comparado ao índice anterior. A estimativa é de que nos próximos 20 anos esse número mais que triplique.

Infelizmente, nosso país ainda não está preparado para atender às demandas dessa população. A Política Nacional do Idoso assegura, em seu art. 2º, direitos que garantem oportunidades para a preservação de sua saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade.

Apesar de avanços, como a aprovação do Estatuto do Idoso, a realidade é que os direitos e necessidades dos idosos ainda não são plenamente atendidos. No que diz respeito à saúde do idoso, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não está preparado para amparar adequadamente essa população.

Nesse contexto, prevalecem as doenças crônicas e suas complicações: hipertensão arterial, doença coronariana, sequelas de acidente vascular cerebral, limitações provocadas por insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações e cegueira provocados pelo diabetes, além da dependência determinada pelas demências.

Já as unidades de atenção básica, “porta de entrada” do idoso no sistema, ainda têm muito a melhorar. Os profissionais da saúde têm um olhar fragmentado do idoso e não foram capacitados para atendê-lo de maneira integral. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por sua vez, estão incompletas e são insuficientes para atender essa parcela da população.

Também há deficiência na quantidade de profissionais, na estrutura física e na rede de exames complementares para atender à necessidade de saúde dos idosos, gerando demora acentuada no seu atendimento, o que acaba levando a piora do quadro clínico. Assim, os mais velhos acabam sendo levados para as emergências/urgências (Unidades de Pronto Atendimento) e, conseqüentemente, em situação mais grave e já com indicação de internação hospitalar – quadro que poderia ter sido evitado caso houvesse atendimento adequado no momento correto.

A carência de leitos clínicos nos hospitais públicos, que sofrem com a falta de vários recursos, ocasiona, quando o paciente consegue se internar, prolongamento do tempo de permanência, aumentando o risco de complicações e de óbito do idoso.

Esse é o retrato da saúde pública no Brasil, que, apesar dos indiscutíveis avanços, apresenta um cenário de deficiências e falta de integração em todos

os níveis de atenção à saúde: primária (atendimento deficiente nas unidades de saúde da atenção básica), secundária (carência de centros de referências com atendimento por especialistas) e terciária (atendimento hospitalar com abordagem ao idoso centrada na doença); ou seja, não há, na prática, uma rede de atenção à saúde do idoso.

Diante desse cenário, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), entidade filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e que congrega cerca de 2.250 associados, distribuídos em 18 seções estaduais, vem a público manifestar suas preocupações com o presente e com o futuro dos idosos no Brasil. É preciso garantir a saúde como direito universal.

Esperamos que tanto nossos atuais quanto os futuros governantes e legisladores reflitam sobre a necessidade de investir na saúde e na qualidade de vida associada ao envelhecimento.

Dignidade à saúde do idoso!

Rio de Janeiro, 15 de setembro de 2014.

João Bastos Freire Neto
Presidente SBGG Gestão 2014-2016
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia”

Ainda temos muito a avançar no conhecimento e na discussão pública a respeito do envelhecer no Brasil. Seguindo a linha desta edição de *Nossos corpos por nós mesmas*, este capítulo tem por enfoque os aspectos de saúde reprodutiva da perimenopausa e o contexto sociocultural dessa importante transição. Mais informações também podem ser consultadas no “Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa” do Ministério da Saúde.²

O QUE É A MENOPAUSA?

As pessoas geralmente usam a palavra “menopausa” para se referir a coisas diferentes, o que pode causar confusão. Para algumas mulheres, “estar na menopausa” pode significar estar sentindo os primeiros suores noturnos ou não estar mais menstruando – é mais adequado chamar essa fase de perimenopausa, termo que será usado neste livro. Outras pessoas usam o termo menopausa para denominar o momento exato em que a última menstruação ocorreu, mas não podemos saber se realmente foi a última até que se passe um ano. Na verdade, esse momento marca o início da menopausa, mas só pode ser determinado depois! Para aumentar a confusão, algumas mulheres

dizem “estou na menopausa” para expressar que as menstruações acabaram, enquanto outras chamam essa última fase de pós-menopausa, como é feito aqui.

Você verá na tabela abaixo que o termo “transição menopáusica” também é usado para grande parte da fase que estamos chamando de perimenopausa.

Última menstruação
(UM)



<i>Fases:</i>	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
<i>Terminologia :</i>	Reprodutiva			Transição para menopausa		Pós-menopausa	
	precoce	ápice	tardia	precoce	tardia*	precoce*	tardia
<i>Duração da fase:</i>	variável			variável		a) 1 ano	b) 4 anos
						até o fim da vida	
<i>Ciclos menstruais:</i>	variável a regular	regular		duração do ciclo variável (normal < 7 dias)	≥ dois ciclos falhos e um intervalo de amenorreia (≥ 60 dias)	Ca. de 12 meses	nenhum
<i>Endócrina:</i>	FSH normal		↑FSH	↑FSH		↑FSH	

* *Fases mais prováveis de apresentar sintomas vasomotores* ↑=*elevado*

Figura 1 – Transição menopáusica. Imagem traduzida.³

Em todas as fases, as experiências das mulheres podem variar, como se pode verificar a partir dos dois depoimentos a seguir.

Eu tinha finalmente conseguido deixar minhas cólicas menstruais e a TPM sob controle (depois de tentar tudo: vitaminas, yoga, massagens, cortar a cafeína, antidepressivos, acupuntura...) quando meu ginecologista me disse que eu estava na perimenopausa. Passei a menstruar duas vezes por mês, e não eram menstruações tranquilas. Eu ficava fadigada, mal-humorada e ranzinza; chorava fácil. Às vezes, eu tinha dificuldades para lembrar de fatos mais recentes.

Por algum motivo, eu estava esperando por uma perimenopausa muito intensa emocionalmente, com oscilações de humor e um desânimo constante. Mas eis que, na casa dos 40, tive alguns picos de calor, algumas menstruações atrasadas... E foi só isso, até onde me lembro. Os meus dois últimos períodos menstruais começaram em 1º de abril (o dia da mentira) e 4 de julho (dia da independência dos Estados Unidos).

Por outro lado, no artigo “Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas”,⁴ publicado em 2008 pela Revista da Associação Médica Brasileira, os relatos das mulheres apresentam grandes similaridades:

Eu estou na menopausa. Sinto várias coisas que não sentia. Às vezes sinto calor, dor nas pernas, suor demasiado, fico nervosa, brigo com o marido, não sinto vontade de fazer sexo. Falta de paciência.

Mulher de 50 anos, casada, ensino superior incompleto, dois filhos, classe socioeconômica B

Faz um ano que me trato para depressão e esse medicamento tem acabado comigo. Faço controle com a ginecologista a cada seis meses. Perdi muito a lubrificação vaginal. Isso me incomoda muito. Faço uso de gel, mas não me sinto confortável. Sinto-me frustrada. Perdi muito meu orgasmo. Isso me deixa péssima. Fiz recente todos os exames, ainda não estou entrando na menopausa, mas todos esses problemas me preocupam muito. Gostaria muito de ter uma solução para esses problemas que sinto, e tenho poucas informações sobre eles. Gostaria muito que esses assuntos fossem mais divulgados, principalmente sobre a mudança de fase e mais ainda sobre as doenças e mudanças de sentimentos, comportamentos e quais soluções temos.

Mulher de 40 anos, casada, com segundo grau completo, três filhos, classe socioeconômica B

No resultado, a médica me informou que eu estava realmente entrando na menopausa. Não sei por que fiquei triste e chateada.

Mulher de 46 anos, divorciada, um filho, segundo grau completo, classe socioeconômica C

Hoje, particularmente, sinto-me péssima. Estou na TPM. E, socorro, socorro, socorro, parece que a cada mês ela surge com mais intensidade. Ela chega me desequilibrando emocionalmente. Fico totalmente passional, com crises de pânico e medo.

Mulher de 51 anos, separada, com curso superior, dois filhos, classe socioeconômica A

A perimenopausa é um período que, em geral, dura de um a dez anos. Ao longo desse período, os ovários operam de forma irregular e variações hormonais podem

acarretar uma série de mudanças, como picos de calor súbitos, suores noturnos, dificuldade para dormir e fluxo menstrual mais intenso. A perimenopausa é uma transição natural, mas diferente para cada mulher. Para cerca de 20% de nós, os desconfortos dessa transição são tão intensos que precisamos de muito apoio e/ou intervenções médicas.

A menopausa é definida pelo último ciclo menstrual, que pode ser confirmado, de fato, após 12 meses sem menstruação. Depois de um ano sem menstruação, os ovários se aquietam e os hormônios reprodutivos (estrogênio e progesterona, que o corpo já não precisa para a possibilidade de reprodução) caem para níveis baixos e estáveis. A maioria de nós viverá um terço de nossas vidas no que chamamos de pós-menopausa.

Atualmente, existe uma pequena, mas significativa discrepância deste evento: nos países chamados de desenvolvidos, a menopausa ocorre em média aos 50 anos (dos 48 aos 55) e, nos países considerados em estágio de desenvolvimento, ela acontece alguns anos antes, por volta dos 48 ou menos, o que significa que é importante pensar não apenas nos aspectos fisiológicos e cronológicos, mas, sobretudo, nas peculiaridades sociais e econômicas vivenciadas por essas mulheres e que impactam diretamente seus corpos e suas vidas.

Algumas de nós chegam à menopausa mais cedo devido a procedimentos como quimioterapia, radioterapia, remoção cirúrgica dos ovários ou condições médicas especiais. Falaremos mais sobre a menopausa prematura mais adiante.

MUDANÇA DE VIDA: CONTEXTOS SOCIAIS E PESSOAIS DA PERIMENOPAUSA

Meia-idade

A meia-idade envolve mudanças emocionais, sociais e físicas, fazendo com que a transição biológica da perimenopausa seja apenas um de seus aspectos. Ela traz o fim dos anos de fertilidade, o que pode ser um alívio ou uma tristeza. Muitas de nós chegamos à menopausa em meio a muitas responsabilidades profissionais e também familiares, como criar adolescentes, lidar com o ingresso dos filhos na fase adulta, cuidar de pais ou de outros parentes que estão envelhecendo etc. O esforço para equilibrar tudo isso é estressante. Mudanças nas circunstâncias de vida às vezes se combinam com as flutuações hormonais que frequentemente ocorrem na perimenopausa e criam novos problemas e desafios. Nessa fase, muitos sentimentos novos, que vão desde um grande senso de liberdade a uma solidão diferente, podem emergir.

As mulheres que estão passando pela transição menopáusica agora são pioneiras, uma vez que há mais de nós vivendo por mais tempo e com mais saúde, de modo que a fase pós-menopausa pode ser tão longa quanto a de nossos anos férteis. A transição menopáusica pode nos dar a oportunidade de repensar nossas vidas, de nos priorizar e aproveitar ao máximo nosso tempo e nossos relacionamentos: o que

eu quero fazer? O que eu não consigo? O que eu posso controlar? Agora que me conheço bem, como quero viver? O que quero aprender? Como posso me cuidar melhor daqui para a frente?

Eu quero mais! Mais tempo para focar no meu trabalho em vez de nos filhos; mais tempo para mim; mais paixão no meu casamento ou em relação a outras coisas.

Reconheço que hoje tudo é bem diferente. A maciez da pele, dos cabelos, os encantos, a flexibilidade, a disposição e a capacidade de executar muitas tarefas sem o cansaço diminuíram bastante. Com 46 anos, percebo que, por mais que a vida esteja cor-de-rosa, os hormônios realmente influenciam e fazem a diferença. Então, meu relato fica expresso em cima de aumento da irritação, falta de paciência com as crianças, falta de disposição e principalmente na diminuição da libido.

Mulher de 46 anos, casada, curso superior,
dois filhos, classe socioeconômica B⁵

Nossa experiência pode ser bastante influenciada por nosso contexto sociocultural, no qual frequentemente nos deparamos com estereótipos negativos de envelhecimento e com discriminação contra a mulher. Em uma sociedade que parece nos valorizar principalmente por nosso papel reprodutivo, o fim de nossa capacidade biológica de reprodução pode diminuir nossa importância aos olhos alheios. Devido a realidades econômicas, muitas de nós têm dificuldade de conseguir todo o sono, exercício físico e cuidados médicos necessários para cuidar-se bem.

A sociedade ocidental supervaloriza a juventude e a beleza, estabelecendo-as com padrões machistas para medir o valor das mulheres. Uma vez que passamos a ser consideradas mais velhas, nos tornamos os alvos principais de tratamentos antienvelhecimento caros ou arriscados, que vão de cremes antirrugas a Botox, *liftings* faciais e lipoaspirações. Apesar de nos tornarmos alvos principais pelos sinais de idade que apresentamos, é preciso destacar que essa grande indústria de procedimentos estéticos, que se desenvolve e cresce explorando e produzindo a insatisfação das mulheres com seus corpos, tem atuado na criação de problemas e soluções direcionadas a mulheres cada vez mais jovens.

Para mim, os sinais mais importantes da meia-idade foram as mudanças físicas que me levaram a perceber que eu não era mais jovem: diminuição de visão e falta de apetite sexual, queda de cabelo, mudanças na pele, algumas rugas. Eu já não podia mais contar com a minha beleza. Meu corpo estava mudando; como seria o resto da minha vida?

Em 2021, o jornal *Folha de S. Paulo* inaugurou uma seção para discutir questões de longevidade com a curadoria do médico gerontólogo Alexandre Kalache. Em um dos textos, a respeito da realidade brasileira, os médicos Milton Crenitte e Egídio Dorea afirmam:

Somos um dos países campeões em gastos com o mercado cosmético antienvhecimento, que, em 2019, movimentou US\$ 29,6 bilhões (R\$ 153 bilhões), segundo Euromonitor, atrás apenas dos EUA, da China e do Japão.

Há muitos fatores responsáveis por esse cenário, mas o principal deles não é citado pelas pesquisas: o medo de envelhecer. Apesar de todo esse investimento nessa busca inglória, uma reflexão que fica é se as pessoas estão se tornando mais felizes ou se tudo isso não está trazendo, sobretudo, angústias e sofrimentos.

Será que as marcas dos anos vividos devem ser apagadas ou preenchidas com alguma substância? Nós achamos que não! Não há nada de errado em envelhecer. Não é, no entanto, o que se observa.⁶

A realidade social, caracterizada por sexismo, machismo e discriminações baseadas na aparência e nas “marcas” da idade, pode fazer com que as mulheres tenham mais dificuldade de lidar com as mudanças sexuais e reprodutivas naturais à meia-idade. Essas questões culturais têm pouco a ver com hormônios e não podem ser medicadas. Precisamos nos educar em relação à transição menopáusica e desenvolver uma perspectiva crítica de modo a resistir aos padrões culturais que nos cercam. Podemos viver com mais confiança conforme nos tornamos cidadãs e consumidoras bem informadas e tomamos consciência de que não estamos sozinhas: o apoio que recebemos de amigas, familiares e colegas de trabalho também é essencial para que possamos passar por essa transição de vida de forma suave.

A sociedade capitalista produz e divulga referenciais de beleza e sucesso que encontram correspondência com a juventude, enquanto o envelhecimento natural é tratado como questão a ser disfarçada por meio de tratamentos estéticos. A discriminação geracional ou etária ocorre por meio das práticas sociais e dos discursos operados em nossa sociedade; contudo, seu maior impacto recai sobre as mulheres.

O conhecimento, a compreensão sobre o próprio corpo e suas transformações e o debate amplo e aberto podem contribuir para que consigamos identificar as pressões sociais que envolvem a padronização de nossos corpos, inclusive no que tange à ação do tempo, e para que possamos nos reconhecer como sujeitas com direito à plenitude em qualquer fase de nossas vidas.

Declaração da cantora Rita Lee

Bem viva, cheia de saúde (“Às vezes a coluna grita, mas não posso reclamar”) e linda com seus cabelos grisalhos, ela está em paz. “Estou gostando muito desta Rita de hoje. Ela é a mais familiar para mim. Sinto que sempre fui essa daqui e representei as outras. Gostei de várias delas, não gostei de outras. E, se eu quiser, às vezes puxo arquivos das outras: posso voltar à criança, à grávida... Mas sinto que essa sou eu, com meu cabelo branco, minhas rugas, de bem com tudo o que vivi e continuo vivendo. (...) Lembro de tudo, com os mínimos detalhes. Lembro com mais clareza dos meus 5 anos do que lembro do que fiz ontem! (...) E se nesse passeio encontrasse com a Rita dos 17 anos e pudesse dar um conselho a ela? Envelheça! Mas saiba que envelhecer é uma loucura!”⁷

No dia 1º de outubro, é comemorado o Dia Internacional da Terceira Idade; celebrar a data tem como objetivo fazer com que olhemos, como sociedade, para as necessidades e especificidades das pessoas idosas. No Brasil, os idosos podem contar com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), texto legislativo que define idoso como a pessoa com 60 anos ou mais. Para a garantia dos direitos e da dignidade das pessoas idosas, é fundamental que a sociedade siga em processo de aprendizado e aprimoramento do atendimento às necessidades, políticas e integração social dessa parcela da população. É inquestionável que considerar a dimensão de gênero nos permite perceber e atuar em questões ainda mais específicas no que se refere ao envelhecimento saudável.

Como descobrir se você atingiu a perimenopausa

A transição à perimenopausa pode começar a qualquer momento – a partir dos 30 e tantos anos até os 60 – e pode durar de um a dez anos. Mulheres fumantes tendem a atingir a perimenopausa mais cedo que as não fumantes. Fora isso, o único fator consistente que pode prever vagamente quando você pode entrar na perimenopausa é a idade que sua mãe tinha quando ela passou pela “mudança”, como era chamada a perimenopausa no passado. Pode ser difícil saber se você já entrou na perimenopausa, porque as variações hormonais dessa transição começam enquanto os períodos menstruais ainda são regulares, e é difícil determinar se uma mulher está na perimenopausa através de exames de estrogênio, progesterona ou outros hormônios. Esses exames não são indicadores confiáveis, porque os ovários geralmente funcionam de maneira imprevisível durante a perimenopausa, e os níveis de hormônios reprodutivos tendem a variar diariamente e, inclusive, ao longo do dia.

EXPLORANDO AS DIFERENÇAS CULTURAIS

As experiências com a menopausa e a perimenopausa variam conforme cultura e etnia? A maior parte das pesquisas sobre a menopausa foram feitas com mulheres brancas, segundo a Dra. Eun-Ok Im, professora de enfermagem na Universidade do Texas, em Austin, nos Estados Unidos. O estudo nacional conduzido pela Dra. Im ao longo de quatro anos analisou diferenças étnicas nos sintomas de menopausa relatados por mulheres brancas, hispânicas, afro-americanas e asiático-americanas. Algumas descobertas do estudo de 2010 incluem: picos de calor com maior frequência foram reportados por mulheres afro-americanas; variações de humor e problemas de memória foram mais relatados por mulheres brancas; mulheres de origem japonesa ou chinesa reportaram menos sintomas de menopausa em geral.

A Dra. Im aponta que, apesar de pesquisas anteriores terem mostrado que mulheres brancas temem a menopausa como “uma emissária do envelhecimento físico, que as arrasta para longe do ideal de juventude da sociedade”, o estudo demonstrou que elas estão se tornando mais otimistas em relação à menopausa, muitas chegando a ver o período como uma oportunidade de repensar suas vidas e se redefinir. Algumas até mencionaram o alívio e as vantagens de estar na menopausa. “Uma possível causa para as mudanças positivas na maneira como mulheres brancas veem a menopausa pode ser a maneira como os movimentos atuais pela saúde feminina têm educado as mulheres a aceitar a menopausa como um processo normal do desenvolvimento feminino, permitindo-lhes voltar a se concentrar em si mesmas”, afirma a Dra. Im.

Mulheres afro-americanas, hispânicas e asiático-americanas já reportavam ser mais otimistas e positivas acerca da menopausa do que as mulheres brancas. No estudo da Dra. Im, muitas mulheres negras disseram que foram criadas para serem fortes e abertas a um processo natural de envelhecimento. Comparando com outras dificuldades de suas vidas, elas veem a menopausa como apenas mais uma fase a ser superada. Mulheres hispânicas falaram sobre o apoio de familiares e de amigas durante a transição menopáusicas. Os resultados também sugerem fortemente que há diferenças sub-étnicas na experiência sintomática da menopausa para mulheres asiático-americanas (ou seja, diferenças entre mulheres chinesas, coreanas, indianas, filipinas etc.). Entretanto, mais estudos são necessários nessa área.

Ainda não se sabe o quanto as variações reportadas se devem a genética, dietas, expectativas ou outros fatores, mas a Dra. Im acredita que resultados, como os que o seu estudo obteve, servirão para eliminar os preconceitos raciais e étnicos e as desigualdades no tratamento de sintomas menopáusicos, além de promover cuidados médicos culturalmente adequados para mulheres na menopausa. O “Estudo da Saúde da Mulher na Nação” (*Study of Women’s Health Across the Nation – SWAN – swanstudy.org*), um estudo multiétnico corrente feito nos Estados Unidos, também concluiu

que “mulheres afro-americanas têm sentimentos mais positivos acerca da ideia da menopausa do que mulheres de outras etnias”. Nesse estudo, mulheres brancas reportaram mais dores musculares, irritabilidade e dificuldades para dormir do que mulheres de origens diferentes.

Jerilynn Prior, endocrinologista fundadora do Centro de Pesquisas do Ciclo Menstrual e Ovulação (cemcor.ubc.ca), um centro de pesquisas sem fins lucrativos sediado em Vancouver, desenvolveu a seguinte lista de mudanças que são comuns no começo da perimenopausa (se, mesmo com menstruações regulares, você apresentar ao menos três desses indicadores, a médica sugere que você pode se considerar na perimenopausa):

- fluxo mais longo e/ou mais intenso,
- ciclos menstruais mais curtos (com menos de 25 dias),
- seios subitamente doloridos, inchados ou com nódulos,
- interrupções de sono repentinas,
- aumento das cólicas,
- episódios de suor noturno, em especial perto do fluxo menstrual,
- surgimento ou aumento de intensidade e frequência de enxaquecas,
- surgimento ou aumento de variações de humor pré-menstruais,
- ganho de peso sem mudanças de hábitos alimentares e exercícios físicos.

Nas cinco regiões brasileiras, vivem mulheres com experiências de vida extremamente diferentes no que se refere a aspectos sociais, culturais e econômicos. Marcadores sociais como etnia, cor, classe social operam juntamente a questões de sexo e gênero; por esse motivo, é importante que pesquisas dedicadas a compreender as fases do ciclo reprodutivo feminino considerando diferenças e desigualdades sociais sejam incentivadas e apoiadas.

Da primeira menstruação à pós-menopausa, meninas e mulheres vivem as transformações do ciclo reprodutivo e precisam de acolhimento médico, psicológico, emocional e econômico. Vale lembrar que se estima que mais de 11 milhões (28% das mulheres brasileiras) são afetadas atualmente pela condição de pobreza menstrual. Ou seja, no Brasil, ainda precisamos lutar pelo acesso a condições sanitárias dignas, que incluem itens muito básicos de limpeza, como água, sabão e absorventes limpos, para que todas as pessoas que menstruam possam vivenciar os períodos menstruais sem intercorrências – como infecções e outras doenças – e questões sociais problemáticas, como os tabus em torno do sangue menstrual e da humilhação que a situação provoca.

POBREZA MENSTRUAL

No Brasil, uma em cada quatro adolescentes não possui um absorvente durante seu período menstrual. É o que mostra o relatório Livre para Menstruar,⁸ elaborado pelo movimento Girl Up, que busca o acesso gratuito a itens de higiene e condições

básicas de saneamento para as mulheres. De acordo com o relatório, uma em cada quatro meninas no Brasil falta à aula por não possuir absorventes; além disso, 50% das meninas entrevistadas nunca falaram sobre o assunto na escola.

Uma sociedade na qual as mulheres escondem absorventes e até se sentem envergonhadas ao serem vistas comprando esse item reflete a dificuldade em se falar sobre a menstruação. Em função do tabu, muitas meninas crescem e passam por toda a fase de primeira menstruação sem nunca conversar com familiares e amigos sobre o assunto, atravessando todo o processo de forma solitária.

Todo o cenário de insegurança da primeira menstruação, acompanhado por vergonha, medo, preocupação e até rejeição, é ainda mais acentuado quando a pessoa não tem os itens mínimos de higiene necessários. A ausência de absorventes, além de provocar uma perda de confiança e autoestima nas mulheres, causa mudanças de comportamentos nessas pessoas e impactos diretos na sua educação. A evasão escolar de adolescentes em período menstrual é um importante sinal de que o tema deve ter notoriedade pública e estar presente nos debates governamentais. (...) Um dos principais motivos para a ausência de itens de higiene íntima é de natureza financeira. O relatório estima que uma pessoa que menstrua gasta entre três mil e oito mil reais ao longo de sua vida com a compra de absorventes, o que, para pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade social, representa aproximadamente quatro anos de trabalho para custear todos os absorventes que serão utilizados em sua vida. (...) A falta de acesso a absorventes por questões econômicas ou circunstanciais – como no caso da população carcerária e de moradoras de rua – provoca, ainda, grandes riscos para a saúde de quem precisa buscar alternativas para lidar com a situação. Isso porque itens como tecidos, jornais e até miolos de pão são utilizados durante o período menstrual para suprir a falta dos itens de higiene.⁹

Dessa maneira, marcadas desde o início por condições exíguas e indignas, muitas mulheres no Brasil necessitam com urgência de leis, políticas públicas, organizações, movimentos sociais e debates educacionais em todos os municípios, cidades e estados.

A expectativa de vida das mulheres brasileiras atingiu, em 2019, o patamar de 80,1 anos, ou seja, estamos vivendo mais e precisamos viver com mais qualidade e em melhores condições. As mulheres que chegarem à menopausa aos 50 anos, atualmente, viverão cerca de quase um terço de sua vida fora do ciclo reprodutivo. Com esse aumento no tempo de vida, é possível que também haja um aumento na procura por serviços médicos adequados para que as mulheres vivenciem o climatério.

Por isso, é importante e urgente que se realizem estudos atualizados, em diferentes áreas, com levantamento de dados e perfis de mulheres de raça, classe e ocupação

diferentes em todas as regiões para ampliar nosso conhecimento e as discussões sobre como podemos vivenciar da melhor maneira a perimenopausa e a pós-menopausa.

PERIMENOPAUSA

Muitas mulheres passam tranquilamente pelas mudanças perimenopáusicas. Para algumas, no entanto, as flutuações hormonais criam uma gama de pequenos desconfortos, discutidos em detalhe a seguir. Para cerca de 20% de nós, os hormônios variam de forma intensa e imprevisível, com altas e baixas de estrogênio e quedas de progesterona, o que leva a um ou mais anos de náuseas, enxaquecas, ganho de peso, seios doloridos, suores noturnos intensos e/ou problemas de insônia – o que uma pesquisadora que viveu esses desconfortos decidiu chamar de “caos ovariano”. Para esse grupo, a perimenopausa pode ser muito desgastante, tanto física quanto emocionalmente.

A maioria das mulheres consegue aliviar os possíveis desconfortos relacionados à perimenopausa com abordagens de autoajuda, não médicas, como meditação, ioga, relaxamento, exercícios regulares, alimentação saudável, horas de sono suficientes e apoio de familiares, amigas e amigos. Também ajuda quando colegas de trabalho são compreensivos/as em relação a ondas de calor repentinas ou aos dias em que a falta de sono dificulta a concentração. Outras mulheres (especialmente aquelas que sofrem muito com a perimenopausa) podem optar pela combinação de soluções médicas e não médicas. Profissionais de saúde bem informadas sobre a perimenopausa podem ser parceiras importantes para te auxiliar com as opções que existem.

Este capítulo apresenta os riscos e benefícios conhecidos sobre diferentes abordagens para que você possa escolher as que funcionam melhor para você. É importante lembrar que a perimenopausa e a pós-menopausa não são doenças, mas, sim, fases na vida de toda mulher e que até as perimenopausas mais difíceis um dia acabam.

O gráfico a seguir, baseado no trabalho da ginecologista Nanette Santoro, ajuda a explicar as flutuações hormonais da perimenopausa. A primeira linha mostra o que acontece com os quatro principais hormônios reprodutivos femininos – estrogênio, progesterona, FSH (hormônio folículo-estimulante) e LH (hormônio luteinizante) – em um ciclo menstrual regular. A segunda linha se baseia em amostras coletadas de uma participante perimenopáusicas todos os dias por seis meses. Note como os níveis de estrogênio dessa mulher sobem mais (relativamente aos níveis de progesterona) do que jamais subiriam durante ciclos normais. Isso provavelmente explica por que algumas mulheres em perimenopausa vivenciam efeitos “estrogênicos”, como sangramento menstrual mais intenso, surgimento de leiomiomas (tumores sólidos benignos) uterinos, dor nos seios e são mais afetadas por estresses psicológicos. Os anos de perimenopausa frequentemente são vistos como um período de deficiência

de estrogênio, mas essa informação nos dá uma imagem mais completa e detalhada sobre a questão.

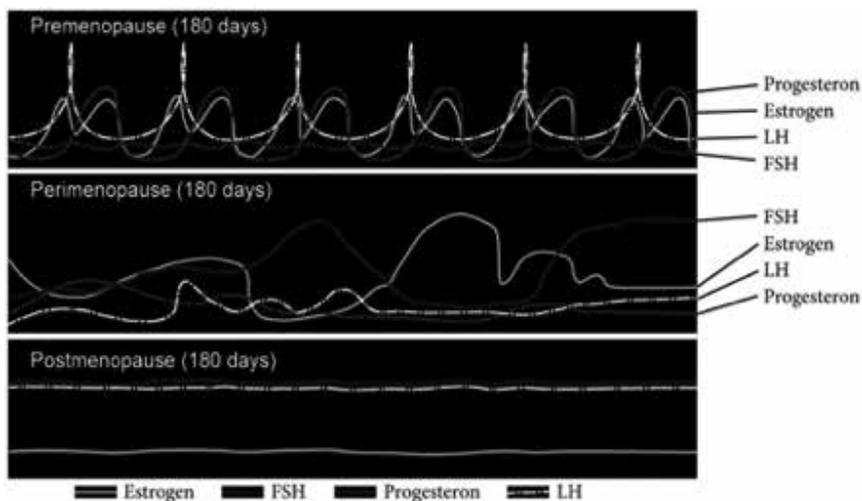


Figura 2 – Níveis hormonais e mudanças no ciclo menstrual, de Nanette Santoro, MD.

SINAIS DA PERIMENOPAUSA

Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM)

Algumas mulheres reportam tensões pré-menstruais (TPM) mais severas durante o início da perimenopausa (quando os ciclos ainda são regulares), como seios inchados ou doloridos, retenção de água (inchaço), ansiedade, interrupções de sono ou irritação. Sejam tais desconfortos uma novidade ou uma constância há anos, você geralmente pode esperar sentir alívio na perimenopausa, quando suas menstruações se tornam irregulares, mas certamente o alívio virá com a pós-menopausa, quando os níveis hormonais se estabilizam. Para mais informações sobre desconfortos menstruais como oscilações de humor e cólicas intensas, veja o capítulo 1, “Anatomia sexual, reprodução e ciclo menstrual”.

Uma alteração menstrual comum na perimenopausa é o encurtamento dos ciclos, que duram, em média, dois ou três dias a menos do que o habitual. Às vezes, pode parecer que você vai ter a próxima menstruação, sendo que a anterior ainda não terminou. Na perimenopausa mais avançada, você pode ficar sem menstruar por um mês para, então, ter uma menstruação muito intensa (isso é conhecido como menorragia). Em algum momento, períodos menstruais ficam suspensos por vários meses para, em seguida, retornar com total regularidade.

As flutuações hormonais da perimenopausa podem ser a causa de basicamente qualquer padrão de sangramento possível. Quando os níveis de estrogênio estão baixos, o revestimento uterino (endométrio) fica mais fino, levando a um fluxo mais

leve ou mais breve. Quando os níveis de estrogênio ficam altos em relação à progesterona (possivelmente também associado a ovulação irregular), os sangramentos podem ser mais intensos e o período menstrual pode durar mais.

Irregularidades menstruais são uma parte normal desse estágio da vida da mulher e raramente exigem intervenção médica. Se você e sua médica ou médico decidirem que há a necessidade de regular seus ciclos nesse momento, esteja ciente de que o uso de progesterona por si só pode ser uma intervenção mais branda do que os contraceptivos orais, que, por vezes, são prescritos. A progesterona pode ser usada para tratamento do desequilíbrio de estrogênio. Sua médica ou médico pode prescrever progesterona ou suas versões similares sintéticas (as progestinas) para que você tome durante os últimos 14 dias do ciclo. Isto substitui a progesterona que normalmente seria secretada em um ciclo ovulatório e ajuda a estabelecer um padrão de sangramento mais regular.

Sangramento intenso anormal

Cerca de 25% das mulheres têm sangramentos intensos (às vezes, chamados de hipermenorreia ou menorragia) durante a perimenopausa. O fluxo menstrual de algumas mulheres durante a perimenopausa é tão intenso que nem absorventes grandes conseguem contê-lo. Se você vier a sangrar intensamente repetidas vezes, pode ficar anêmica devido à perda de sangue. Durante um sangramento intenso, você pode se sentir tonta ao sentar ou levantar, e isso significa que o seu volume sanguíneo diminuiu. Nesse caso, procure ingerir líquidos salgados, como suco de tomate ou sopa. Tomar anti-inflamatórios não esteroides (como ibuprofeno) a cada quatro ou seis horas durante o fluxo intenso diminui a perda de sangue em 25 a 45%.

Não ignore sangramento intenso ou prolongado e, se a situação persistir, consulte sua médica ou médico, que poderá monitorar seu hemograma e seus níveis de ferro. Comprimidos de ferro podem compensar as perdas e ajudar a evitar ou tratar a anemia. Outros tratamentos médicos podem incluir terapia de progesterona ou o DIU de Mirena, que libera progestina e é conhecido por reduzir sangramento menstrual. Se sua médica ou médico sugerir histerectomia como uma solução para sangramentos muito intensos durante a perimenopausa, talvez você queira tentar primeiro métodos menos invasivos como os mencionados aqui ou outros. A remoção do útero é uma opção cara e irreversível, com muitas consequências.

O sangramento intenso durante a perimenopausa pode ocorrer devido ao desequilíbrio dos níveis de estrogênio-progesterona. Além disso, pólipos (tumores benignos que podem surgir nas paredes do útero) podem aparecer com mais frequência na perimenopausa e causar sangramento. O aparecimento de miomas durante a perimenopausa pode causar sangramento intenso, especialmente quando o mioma cresce dentro da cavidade uterina. Se sangramentos muito intensos persistirem apesar

de tratamento, a pessoa profissional de saúde que te acompanha deverá investigar as possíveis causas dessa anormalidade.

Contraceção durante a perimenopausa

É um mito acreditar que, uma vez que suas menstruações se tornem mais irregulares na perimenopausa, você não poderá mais engravidar. Por causa desse mito, o número de mulheres na perimenopausa com gravidezes não planejadas é muito maior do que se imagina. Mesmo que seus períodos menstruais estejam mais leves ou mais curtos ou que você não menstrue há alguns meses, você ainda pode ser fértil e até engravidar. Se você tiver relações sexuais com homens e não quiser engravidar, vai precisar usar algum método de controle de natalidade até que tenha passado um ano inteiro sem menstruar (alguns especialistas recomendam até dois anos para mulheres que chegam à pós-menopausa aos 40). Para mais informações sobre contracepção, veja o capítulo 9, “Métodos contraceptivos”.

Há especialistas que questionam o uso de métodos contraceptivos que contenham estrogênio durante a perimenopausa. Segundo Jerilynn Prior, “os níveis de estrogênio, em média, são mais altos na perimenopausa, porque os sistemas que normalmente os controlam não estão mais funcionando perfeitamente”. Isso pode significar que o uso de formas hormonais com doses de estrogênio quatro vezes superiores pode não suprimir os níveis de estrogênio produzidos pelo organismo. Assim, esses métodos podem produzir uma “overdose” de estrogênio. Prior recomenda métodos de barreira (camisinha, diafragma, capuz cervical) somados a espermicida vaginal ou o DIU de Mirena, que libera progestina, assim como outras soluções contraceptivas possíveis.

Ondas de calor e suores noturnos

Ondas de calor são sinais clássicos da perimenopausa e, para algumas mulheres, podem continuar até a pós-menopausa avançada (ainda que de 20 a 30% das mulheres nunca passem pela experiência). Num país de clima predominantemente quente como o Brasil, a observação constante de outros sintomas e das características das próprias ondas de calor é fundamental para a identificação do fenômeno.

Uma mulher passando por uma onda de calor sente uma quentura repentina, acompanhada de sudorese, e, às vezes, depois sente frio. Ondas de calor são tomadas como consequências de uma mudança no mecanismo de controle do cérebro em relação à temperatura corporal. Fatores que podem estar envolvidos em ondas de calor incluem a regulação da temperatura central do corpo e a química do cérebro. O termostato do organismo tem um ponto de referência como teto, no qual os vasos sanguíneos se abrem, e a transpiração ocorre para liberar o calor. Também há

um valor-piso, no qual tremores começam a gerar calor. Entre esses dois extremos, há a zona de temperatura conhecida como zona termoneutra, na qual o corpo normalmente opera. Pesquisadores agora teorizam que a zona entre os pontos altos e baixos em mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas que experimentam ondas de calor é mais estreita do que em mulheres que não as vivenciam. Um pequeno aumento na temperatura corporal (resultante de beber uma xícara de chá ou ficar irritada, por exemplo) poderia fazer uma mulher sensibilizada sentir uma onda de calor, com seu corpo tentando reduzir a temperatura. Outro fator que pode estar afetando a regulação da temperatura central do corpo é o neurotransmissor cerebral norepinefrina, que tem provado reduzir a zona termoneutra em animais. Além disso, os níveis parecem ser mais altos em algumas mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas que sentem ondas de calor.

Algumas mulheres sentem uma pulsação mais acelerada, uma sensação de que o coração está saltando (palpitações) ou aumento/queda da pressão arterial. O fluxo sanguíneo em vasos superficiais aumenta, de modo que as mãos esquentam, e às vezes há um notável avermelhamento da pele que sobe do peito para o rosto. Algumas mulheres se sentem apavoradas.

Se sinto um leve enjoo e um pico de ansiedade que não tem a ver com nada que está acontecendo no momento, geralmente isso quer dizer que estou prestes a ter uma onda de calor. Sim, e começo a sentir como se a blusa nas minhas costas fosse feita de algum material pesado, mesmo que seja uma blusinha de verão.

Ondas de calor podem começar bem antes de os ciclos se tornarem irregulares; você pode começar a sentir mais calor à noite, antes que outras mudanças apareçam. Os calores também podem até acontecer na época da sua menstruação ou em pós-parto. Ondas de calor podem continuar por alguns anos após as menstruações terminarem: 45% das mulheres as continuam sentindo por cinco a dez anos após as menstruações terminarem e algumas de nós as têm até a casa dos 70. Cada mulher tem seu próprio “roteiro” para as ondas de calor: a frequência, os gatilhos, como a onda começa e termina e quanto tempo dura são elementos que variam de mulher pra mulher. Uma ondinha de calor ocasional pode ser fácil de ignorar, mas algumas mulheres as consideram desconfortáveis, distrativas e até embaraçosas.

Não é como se eu estivesse “com um pouco de calor” – é como se eu estivesse pegando fogo, e eu não ligo pra quem esteja em volta: a minha vontade é a de tirar toda a roupa pra me refrescar.

Ondas de calor às vezes causam transpiração suficiente para encharcar roupas de dormir e lençóis (os ditos suores noturnos) e podem interromper o sono. Em mulheres mais pesadas, as ondas de calor tendem a ser mais frequentes e severas do que nas mais magras, porque o tecido subcutâneo mais abundante age como isolamento térmico e impede a perda de calor. As ondas são o corpo tentando se livrar do calor, e aquelas de nós que têm mais tecido adiposo frequentemente têm mais problemas com as ondas de calor. Estudos recentes indicam que a perda de peso pode reduzir as ondas de calor.

Estudos sobre as ondas de calor

Os objetivos desses estudos foram identificar os fatores associados à presença e à intensidade das ondas de calor em mulheres climatéricas brasileiras residentes em Campinas [São Paulo] (...), uma vez que essas representam o principal incômodo referido pelas mulheres durante a transição menopausal, podendo iniciar a cascata de sintomas que constituem a síndrome climatérica. (...) [Esses estudos] destacaram as evidências associando o tabagismo como um importante fator relacionado tanto à presença quanto à intensidade das ondas de calor. Também mostraram associação com outros fatores de risco, como níveis hormonais, índice de massa corporal, antecedentes de laqueadura tubária e de menopausa cirúrgica, bem como cor/etnia – as afrodescendentes são as mais afetadas. Quanto a esse último fator, cor/etnia, e sua associação com os sintomas menopausais, os estudos também são escassos, talvez por só recentemente ter sido dada atenção ao estudo das variações interculturais na síndrome climatérica.

Outro ponto que deve ser lembrado é que, quando se avalia a prevalência dos sintomas relacionados à menopausa, tem-se dificuldade em associá-los claramente ao estado menopausal. (...) Além disso, a literatura internacional tem chamado a atenção para a importância das diferenças socioculturais relacionadas à vivência da transição menopausal. Verificaram-se nesses estudos questões similares às relatadas em outras culturas/países, o que reforça a necessidade de atenção individualizada à mulher climatérica. Além disso, em relação às ondas de calor, mulheres com até cinco anos de pós-menopausa e as com antecedente de menopausa cirúrgica foram as que apresentaram maior intensidade desse sintoma, o que sugere associação entre o hipoestrogenismo pós-menopausa com a intensidade das ondas de calor”.¹⁰

[Trecho de da dissertação *Frequência e intensidade das ondas de calor em mulheres climatéricas* de Danielle Sá]

Reduzindo o desconforto das ondas de calor

Se ondas de calor estão te incomodando, há várias estratégias que podem reduzir seu desconforto:

- Vista mais peças, e não uma só (especialmente as de fibras naturais ou de tecidos respiráveis), de modo que possa tirar ou colocar roupas conforme sua sensação no momento.
- Conheça seus gatilhos pessoais e procure evitá-los. Comidas picantes, bebidas quentes, álcool, cafeína e ansiedade são gatilhos frequentes.
- Carregue sempre uma garrafinha com água fresca e hidrate-se regularmente. Mantenha seus arredores arejados com ventiladores, ar-condicionado e umidificadores em caso de baixa umidade do ar. Em alguns casos, toalhas molhadas nas janelas e/ou copos de água dentro do carro ajudam a umedecer o ar e diminuem o desconforto.
- Evite estresse na medida do possível. Aprenda a se controlar diante de situações estressantes através de, por exemplo, meditação ou da prática de respiração abdominal lenta e profunda, várias vezes ao dia. Quando uma onda de calor começar, use esse método de respiração ou outras formas de relaxamento.
- Faça alguma atividade física que aumente sua frequência cardíaca por 30 minutos diariamente; procure fazer exercícios em horários nos quais o sol não seja prejudicial à saúde da pele ou aumente ainda mais as ondas de calor.
- Tente colocar uma compressa fria sob o seu travesseiro à noite. Caso desperte com uma onda de calor, você pode o seu travesseiro e tê-lo fresquinho.
- Mantenha pequenos sacos de gelo no freezer e use-os como compressas, envolvidos em toalhas, nas axilas e nos pés.
- Lave as mãos, os pulsos, a nuca e atrás das orelhas com água fria no começo ou no fim de uma onda de calor para se refrescar.
- Se você fuma, procure ajuda para parar. Fumantes tendem a ter ondas mais frequentes e intensas.

Soluções alternativas

Algumas mulheres experimentam suplementos nutricionais (como produtos de soja), botânicos (como trevo vermelho), vitaminas antioxidantes (como a vitamina E) e preparações à base de ervas (como erva-de-são-cristóvão, erva-de-são-joão e medicina chinesa de ervas). A maioria é segura para uso de curto prazo (até seis meses), mas fitoestrogênios são provavelmente mais seguros quando ingeridos na forma de alimento, em vez de em pílulas ou suplementos. Algumas dessas soluções parecem ajudar, mas estudos bem projetados têm sido pouco convincentes. Todos os estudos sobre ondas de calor mostram um efeito placebo: 30% ou mais das mulheres se sentem melhor mesmo tomando comprimidos inertes. Mulheres que fazem uso

de soluções alternativas devem informar a suas médicas e médicos para que possam ficar alertas a possíveis interações com outros medicamentos.

Hormônios

A administração de estrogênio demonstrou, segundo vários estudos clínicos, aliviar as ondas de calor em mulheres pós-menopáusicas. Progestinas como a medroxiprogesterona também são eficazes. Vale notar que nenhum estudo demonstrou algo mais eficaz para ondas de calor perimenopáusicas do que um placebo. No entanto, dados da Iniciativa da Saúde da Mulher *Women's Health Initiative* – WHI) mostram que a combinação mais usada de estrogênio e progestina aumenta o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e outras doenças graves. Dados de estudos clínicos mostram que a progesterona micronizada oral (Prometrium) trata efetivamente suores noturnos e ondas de calor na pós-menopausa. Se você está pensando em tomar hormônios, é importante estar ciente das pesquisas mais recentes sobre quais são as formas mais seguras de fazê-lo. Para uma discussão detalhada, veja “Terapia hormonal: sim ou não?”, mais adiante.

No Brasil, todos os medicamentos precisam ser aprovados pela Anvisa, e existe uma série de medicamentos disponíveis para reposição hormonal no climatério. Em um país com tantas discrepâncias econômicas, a principal questão deixa de ser uma escolha pessoal das mulheres para ser colocada em termos socioeconômicos: o preço desses tratamentos e a população que tem acesso a ele. Há muitas mulheres excluídas da possibilidade de “escolha pessoal de tratamento”.

Visando dirimir e intensificar um acesso público de tratamento de saúde, em 2015, a Anvisa aprovou o registro de dois medicamentos genéricos de referência destinados à Terapia de Reposição Hormonal (TRH) para que sejam produzidos por preços mais acessíveis à população. Trata-se do “genérico da associação estradiol + didrogesterona (1 mg + 5 mg) utilizado para TRH que contém dois tipos de hormônios femininos, um estrogênio chamado estradiol e uma progesterona chamada didrogesterona. É indicado para mulheres que se encontram nos pós menopausa, a pelo menos 12 meses depois da sua última menstruação”. Já “o segundo genérico inédito é a cópia da associação estradiol + didrogesterona (1 mg + 0 mg e 1 mg + 10 mg). Também é utilizado na TRH e indicado para mulheres que se encontram na perimenopausa, que não menstruam há pelo menos 6 meses, ou em mulheres na pós-menopausa. Também é utilizado para aliviar os sintomas que surgem durante a menopausa e para prevenção da osteoporose”.¹¹

Além disso, em 2018, a Anvisa aprovou um medicamento da Pfizer, o:

Duavive, estrogênios conjugados/acetato de bazedoxifeno, para o tratamento de sintomas vasomotores moderados a graves associados à menopausa. Esses sintomas, que estão associados à baixa de estrogênio no organismo, incluem ondas de calor,

sudorese e palpitação. As crises podem se repetir várias vezes ao dia, prejudicando a qualidade de vida da mulher. Com um mecanismo inovador, Duavive marca a chegada de uma nova classe de medicamentos no Brasil. O produto, aprovado nos Estados Unidos há cinco anos e comercializado em mais de 30 países, traz uma combinação de dois princípios-ativos: estrogênios conjugados e acetato de bazedoxifeno [...] “e tem efeito protetor sobre a massa óssea, sendo muito utilizado para evitar a osteoporose”, diz o diretor médico da Pfizer, Eurico Correia.¹²

É preciso considerar que as mulheres podem fazer escolhas, desde que elas tenham acesso às opções; do contrário, são obrigadas a realizar e vivenciar o que a sua realidade permite, ou seja, a compulsoriedade da vivência em vez da opção por uma decisão consciente e informada, a partir de evidências científicas e conhecimentos sobre nossos corpos.

Medicamentos não hormonais

Há vários medicamentos não hormonais que mulheres já experimentaram para tratar ondas de calor problemáticas. Tenha em mente que não há nenhuma comprovação, até o momento, de que o uso de qualquer um desses medicamentos por meses ou anos é mais seguro do que a TH.

Antidepressivos

Estudos indicam que doses relativamente baixas de alguns antidepressivos podem ser mais eficazes na prevenção de ondas de calor do que um placebo (e cerca de 70% são tão eficazes quanto o estrogênio). O remédio mais testado tem sido a venlafaxina de dose baixa (Effexor), ainda que outros como a paroxetina (Paxil) e fluoxetina (Prozac) também parecem funcionar. No entanto, não existem informações seguras sobre a utilização desses medicamentos a longo prazo. Além disso, os estudos com resultados mais positivos vieram de mulheres com câncer de mama, e os resultados negativos foram relatados mais frequentemente por mulheres sem essa doença. Portanto, é necessário que estudos mais detalhados com mulheres sem câncer de mama sejam realizados.

Antidepressivos são, talvez, mais adequados para ondas de calor se você também necessitar de tratamento para a depressão. Eles vêm com possíveis efeitos colaterais, conhecidos e desconhecidos, incluindo dificuldades para dormir, diminuição do interesse sexual e dificuldade para atingir o orgasmo. Algumas mulheres têm dificuldade quando tentam interromper o uso.

Gabapentina

A gabapentina é um anticonvulsivante usado como tratamento para dor. Tem sido usada com algum sucesso no tratamento de ondas de calor, mas também tem efeitos

colaterais que se deve considerar, incluindo náuseas e fadiga. É mais recomendada para mulheres que precisam da medicação para a dor.

Clonidina

A clonidina anti-hipertensiva também é utilizada para tratar ondas de calor. Anti-hipertensivos são mais recomendados para ondas de calor se você precisa de tratamento para pressão arterial elevada. Se esse medicamento for tomado em doses que sejam eficazes, mulheres não hipertensas podem sentir tonturas ou boca seca.

Novos métodos

Há relatos de sucessos no tratamento de ondas de calor persistentes com o uso de um bloqueador de nervos no pescoço (bloqueio do gânglio estrelado). Essa abordagem mais invasiva exige cuidado e estudos mais extensos.

Distúrbios do sono

Distúrbios do sono são frequentes tanto na perimenopausa quanto na pós-menopausa. É comum que uma mulher vá dormir sem problemas, acorde de madrugada e tenha dificuldades para voltar a dormir. As mulheres que passam por ondas de calor ou suores noturnos tendem a ter insônia mais frequentemente. A falta de sono pode causar fadiga, irritabilidade e uma sensação de incapacidade para lidar com situações. Dormir bem é fundamental para uma boa saúde em geral.

Para dormir melhor, mude seu estilo de vida

- Corte bebidas com cafeína (café, chá, refrigerantes à base de cola e chocolate), especialmente após as 15 horas da tarde, pois a cafeína permanece na corrente sanguínea por, pelo menos, seis horas. A cafeína é um estimulante que afeta o sono e nos faz urinar com mais frequência.
- Evite fumar – o tabaco tem um efeito estimulante.
- Evite ou limite o consumo de álcool. Embora o álcool funcione, inicialmente, como um sedativo e nos deixe sonolentas, tem um efeito estimulante à medida que é metabolizado, levando a um sono fragmentado e à necessidade de urinar durante a noite.
- Vá dormir à mesma hora todas as noites.
- Exercite-se regularmente. Fazer exercícios físicos durante o dia ou no início da noite pode aliviar a tensão e ajudar a promover o sono. Evite fazer atividades físicas muito intensas pouco antes de dormir.
- Tome um banho quente, ouça músicas ou leia antes de dormir.
- Se não for alérgica, considere a ideia de usar borrifadores com essência de lavanda ou camomila em seu quarto de dormir – ambas são ervas comu-

mente usadas para acalmar e manter um sono tranquilo. Existem algumas lojas de produtos naturais que, atualmente, vendem máscaras de dormir ou a própria erva separadamente ou em um “mix” calmante/relaxante.

- Bloqueie luz e barulho. Feche portas e janelas, use tampões auriculares ou ouça sons relaxantes. Use cortinas blecaute ou máscara para bloquear a luz.

Há grandes indícios de que melatonina funcione para tratar o *jet lag* (alterações biológicas, como a do sono, devido a mudanças de fuso horário, por conta de viagens) e problemas de sono devido à mudança de horários de trabalho, como mudança no turno, mas os dados não são claros quanto à insônia normal. Usar melatonina sintetizada, em vez da versão produzida a partir de produtos animais, evita o risco à exposição de vírus. Algumas mulheres sentem que anti-histamínicos, como dime-nidrinato (Dramin), cloridrato de difenidramina (Benadryl) e maleato de clorferi-namina (Chlor-Trimeton) ajudam. Algumas tomam pílulas para dormir, mas como esses medicamentos podem causar dependência e deixar de funcionar após seu uso prolongado, é melhor utilizá-las de vez em quando, e não regularmente.

No Brasil, relaxantes como o extrato de maracujá (*passiflora*) e outras ervas, como *crataegus*/espinheiro alvar e salgueiro branco, são componentes populares em medicamentos fitoterápicos para o tratamento de insônia, irritabilidade e ansiedade – com uso moderado, podem auxiliar no alívio dos sintomas.

A valeriana é outro exemplo de planta que tem sido usada há muito tempo como um sedativo natural e tem mostrado benefício em alguns estudos clínicos.

Caso você continue a ter problemas para dormir, pode conversar com sua médica ou médico sobre como aliviá-los. Para algumas mulheres, a progesterona por via oral micronizada as ajuda a diminuir o tempo que levam para adormecer, a entrar na fase do sono profundo – o sono R.E.M – e a aumentar o tempo total de sono sem causar alterações matinais no estado de alerta ou nas funções cerebrais. Tanto o estrogênio como os antidepressivos tricíclicos de baixa dose podem aliviar a insônia em algumas mulheres. Informe-se sobre os efeitos e as consequências do uso desses medicamentos a longo prazo.

Também pode valer a pena consultar um especialista em sono. Condições como apneia e síndrome das pernas inquietas podem contribuir para problemas do sono, e um exame pode ser necessário para diagnosticá-los.

Alterações vaginais

A *secura vaginal* é, por vezes, um problema nos estágios iniciais da perimenopausa e pode estar relacionada com as concentrações baixas de estrogênio durante essa fase.

Com a diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona tanto no fim da perimenopausa como no da pós-menopausa, as paredes vaginais tendem a se tornar mais finas,

mais secas, menos flexíveis e mais propensas a lacerações e fissuras. Isso pode acontecer, principalmente, com mulheres que nunca deram à luz ou fizeram apenas cesárea, pois o parto vaginal proporciona uma elasticidade prolongada às paredes vaginais.

Como a lubrificação diminui, pode levar mais tempo para deixar a vagina úmida durante a atividade sexual. A penetração pode ser desconfortável ou mesmo dolorosa e pode causar irritação local – se os tecidos estiverem muito finos, o atrito gerado pela atividade sexual pode causar sangramento da parede vaginal. Mulheres que têm atrofia vaginal (secagem e inflamação das paredes vaginais, também conhecida como vaginite atrófica), às vezes, acabam evitando por completo relações sexuais com penetração por causa do desconforto. Uma mulher de 56 anos diz: “Sexo? Pode esquecer! Depois da menopausa, eu não conseguia nem mesmo andar de bicicleta, a minha vagina estava sempre dolorida”.

Alguns medicamentos, vendidos com e sem receita, podem causar ou contribuir para a secura vaginal. Os anti-histamínicos, por exemplo, secam as mucosas da vagina, do nariz e dos olhos. Duchas higiênicas, *sprays*, papel higiênico e sabonetes coloridos ou perfumados podem irritar os tecidos da vagina e vulva. Há também uma série de problemas na pele que podem causar dor e/ou irritações durante o sexo com penetração. Consulte uma médica se esse problema persistir.

As dicas a seguir podem aliviar a secura vaginal e os desconfortos causados pelo sexo.

- **Lubrificantes e hidratantes vaginais**, como Silk-E, Albolene, Astroglide ou outros, podem ser úteis durante o sexo. Óleos vegetais também são outra opção. Se a secura persistir, tente um hidratante vaginal vendido sem receita médica, como Replens, que pode ser usado uma ou mais vezes por semana, mas não no momento da penetração. Evite se coçar, o que pode irritar os tecidos frágeis e causar infecções, além de outros problemas. A coceira pode ser sinal de candidíase ou outra infecção causada por fungos que necessita de tratamento. A aplicação de cremes tópicos prescritos para região pubiana e vaginal pode aliviar a coceira.
- **Relações sexuais regulares** também ajudam a manter a flexibilidade e a elasticidade, porque aumentam o fluxo sanguíneo na vagina e podem produzir um efeito elástico. Procure esperar até que você esteja completamente excitada antes da penetração. A secura vaginal durante a atividade sexual, em qualquer idade, pode simplesmente significar que você precisa de mais estímulos e, talvez, até de um orgasmo antes da penetração. Você pode ter que explicar para a sua parceria que precisa de diferentes estímulos e experiências para descobrir o que te excita.
- **Consumir mais líquidos**. Pelo menos oito copos de água são recomendados por dia.
- **Dilatadores vaginais** podem ser usados para alargar, de forma delicada, suas paredes vaginais e aumentar sua elasticidade. Comece com um tamanho peque-

no e vá aumentando gradativamente. Como uma mulher de 60 anos diz: “Ah, os dilatadores... Eu digo que são meus namorados de plástico. E não esqueça do lubrificante!”.

Caso os lubrificantes e outras estratégias não sejam suficientes, você pode considerar outras opções, como:

- **Estrogênios locais (vaginais) de baixa dose:** em quantidades muito pequenas, são altamente eficazes no alívio da secura vaginal. Eles também podem restaurar a espessura e a flexibilidade dos tecidos da vulva e vagina. As opções incluem: Estring (um anel de silástico que você insere como um diafragma e deixa por até três meses), comprimidos vaginais Vagifem e creme vaginal de estradiol e Premarin. Há também um creme vaginal com o hormônio estriol bioidêntico produzido por farmácias de manipulação. Esses produtos têm um efeito local e liberam menos estrogênio na corrente sanguínea do que os medicamentos orais e transdérmicos (adesivos) de estrogênio.

O anel libera uma quantidade baixíssima de estrogênio na corrente sanguínea em comparação com os comprimidos, que liberam um pouco mais, apesar da dosagem do hormônio nos comprimidos ter sido reduzida recentemente. Lamentavelmente, não há estudos de longo prazo que comprovem se mesmo essas pequenas quantidades de estrogênio apresentam riscos, embora melhorem significativamente a qualidade de vida de muitas mulheres.

Se você usar um creme vaginal à base de estrogênio, dependendo da quantidade e da frequência desse uso, lembre-se de que ele pode liberar uma quantidade maior de estrogênio, não determinada ao certo, na corrente sanguínea. Inicialmente, a maioria das mulheres faz o tratamento todas as noites, mas muitas percebem que uma dose menor do que a prescrita funciona bem, principalmente se forem sexualmente ativas. Use apenas o suficiente para cobrir a ponta do dedo e aplique-o na abertura da vagina; os aplicadores tendem a liberar uma dosagem de estrogênio além do necessário. O creme à base de estrogênio não deve ser utilizado como lubrificante para as relações sexuais, porque pode ser absorvido pela pele da pessoa parceira.

Se você faz parte do pequeno número de mulheres que sofrem de dores contínuas nos seios ao usar estrogênio vaginal, tente diminuir a quantidade para ver se isso eliminará a dor. Se a dor persistir, consulte sua médica.

- **Terapia hormonal (TH)** que inclui o uso sistêmico de estrogênio também é eficaz no alívio da secura vaginal. No entanto, como os estrogênios de uso vaginal tópico em baixas doses funcionam bem, não costuma ser necessário recorrer à TH sistêmica. Se a secura vaginal for um problema, procurar ajuda pode fazer uma grande diferença. Uma mulher de 63 anos lembra de um tempo em que o sexo era muito desconfortável e que ficava sem transar por vários meses:

Eu estava tão seca e sensível que parecia que meu parceiro tinha cascalho nos dedos. Estava realmente preocupada, mas então comecei a usar estrogênio vaginal. Eu amo sexo e foi um alívio sentir que meu clitóris e minha vagina voltaram a ser locais de prazer!

ALTERAÇÕES URINÁRIAS

Algumas mulheres na meia-idade relatam que urinam com mais frequência e precisam se levantar algumas vezes durante a noite. Outras também apresentam incontinência urinária, que pode ser de dois tipos.

A incontinência de urgência é uma vontade forte e repentina de urinar seguida por um fluxo involuntário. Em algumas mulheres, ela aparece na perimenopausa e melhora após a menopausa. A incontinência de esforço é o escape involuntário de urina ao tossir, espirrar, rir ou durante atividades que exijam esforço físico mais intenso.

A incontinência urinária é mais comum em pessoas mais velhas. Alguns tipos de incontinência urinária podem estar relacionados à queda do nível de estrogênio, mas não todos. Segundo estudos clínicos conduzidos pela *Women's Health Initiative* (WHI), níveis mais altos de estrogênio causaram incontinência e pioraram casos de incontinência previamente relatados. Ao que parece, os estrogênios sintéticos não são os únicos responsáveis por isso, pois até mesmo estudos com adesivos ou géis de estrogênio apresentaram resultados variáveis. Alguns medicamentos e bebidas que contêm cafeína podem causar o aumento da vontade de urinar. Além disso, a vitamina C, mesmo em quantidades pequenas (como 500 mg) pode causar urgência miccional e, às vezes, incontinência. Os problemas de mobilidade também podem ser um fator, como quando não se consegue ir ao banheiro a tempo ou sozinha.

A incontinência urinária e a necessidade de urinar com frequência podem, às vezes, indicar que você tem uma infecção do trato urinário. Os baixos níveis de estrogênio e progesterona, tanto nos últimos estágios da perimenopausa como na pós-menopausa, podem levar ao afinamento dos tecidos do trato urinário e ao enfraquecimento da bexiga e da uretra – o canal que conduz a urina do interior da bexiga para fora do corpo –, tornando-as mais propensas a infecções urinárias. Então, se você tiver problemas urinários, investigue se há uma possível infecção.

Dicas para lidar com incontinência urinária

A incontinência pode ser controlada, tratada e, por vezes, até curada. Além de usar protetor diário, você pode tentar as seguintes orientações médicas:

1. **Exercícios de Kegel**

Em qualquer idade, fortalecer os músculos do assoalho pélvico ajudará a controlar a perda involuntária de urina. Se você nunca fez exercícios de Kegel, este é um bom momento para iniciá-los. Veja como no capítulo 1, “Anatomia Sexual, Reprodução e Ciclo Menstrual”.

2. **Treinamento da bexiga**

Tentar se doutrinar para dar intervalos maiores entre as urinas também pode ser muito útil. Vá ao banheiro a cada duas horas, estando com vontade ou não. Depois, a cada dois dias, acrescente 30 minutos aos intervalos, até que você passe a ir ao banheiro a cada quatro horas. Tente manter os horários, mesmo se houver algum incidente. Se tiver vontade de urinar, fique parada e faça os exercícios de fortalecimento muscular até que a vontade passe; em seguida, vá devagar até o banheiro. Relaxar o corpo, em vez de ficar nervosa tentando segurar a urina, pode ajudar. Evite beber muito líquido antes de sair ou enquanto estiver fora de casa e compense quando voltar.

3. **Medicamentos**

Alguns medicamentos ajudam a diminuir as contrações da bexiga (bexiga hiperativa) que causam vazamentos de urina involuntários. Alguns são relativamente novos e talvez não ajudem seu problema urinário específico; por isso, é melhor se informar antes de tomá-los. Certos medicamentos (como tolterodina e oxibutinina) podem afetar a memória e o sistema nervoso central.

4. **Estrogênio vaginal: comprimidos, creme ou anéis**

O estrogênio vaginal pode ajudar com os casos de incontinência urinária, diminuindo sua incidência, e com a prevenção de atrofia urogenital e infecções recorrentes do trato urinário. Porém, não há consenso se o uso sistêmico de estrogênio/progestina reduz ou piora a incontinência em mulheres na pós-menopausa. O tipo mais comum de pílula de estrogênio usado no passado, estrogênios equinos conjugados (Premarin), parecem agravar a condição, com ou sem progestina.

Outros tratamentos para incontinência urinária

O vazamento de urina é causado por problemas anatômicos. O enfraquecimento dos tecidos com a idade está, por vezes, relacionado a danos causados pelo parto. Para tratar o problema, um pessário (que se assemelha a um diafragma) pode ser inserido na vagina para ajudar a manter bexiga e a uretra em suas posições corretas, além de evitar o escape da urina.

Existem vários tipos de cirurgia que podem corrigir problemas anatômicos que causam incontinência urinária. Se você estiver considerando uma cirurgia, converse

sobre os riscos e benefícios com uma cirurgiã ou cirurgião ginecológico experiente ou uma especialista em urologia feminina. Como com qualquer cirurgia de grande porte, é preciso entender o que é proposto e buscar outra opinião antes de concordar com qualquer procedimento. Pergunte sobre as alternativas, as chances de dar certo ou de ter complicações e se poderá repetir o procedimento se não funcionar. Pergunte, também, quantos procedimentos desse tipo a cirurgiã ou o cirurgião fez.

Encontrar ajuda pode ser um desafio, pois a reprodução feminina e a urologia são especialidades médicas separadas. A maioria dos urologistas sabe pouco mais que o básico sobre o sistema reprodutor feminino, enquanto nem todos os médicos de ambas as especialidades sabem muito sobre o tratamento de mulheres de meia-idade e mais velhas com problemas urinários. A uroginecologia é uma subespecialidade relativamente nova da obstetrícia e da ginecologia em que ginecologistas recebem uma formação complementar específica em cirurgia uroginecológica.

No Brasil, existem fisioterapeutas que estão se especializando em exercícios do assoalho pélvico¹³ e têm realizado boas práticas ao ensinar às mulheres algumas técnicas para fortalecimento da parte inferior, aumentando a resistência muscular e diminuindo os escapes urinários. Um dos exercícios ensinados faz uso de um pequeno conjunto de vibradores que, inseridos na região vaginal, devem ser sistematicamente apertados e segurados, seguindo uma sequência muito semelhante aos exercícios musculares feitos nas academias com outros aparelhos.

Além disso, embora ainda de forma tímida, os cursos de pompoarismo voltados para a terceira idade têm propósitos semelhantes: exercícios do assoalho pélvico, fortalecimento muscular, autoconhecimento sobre os nossos próprios corpos e a (re) descoberta do prazer sexual em muitos casos.¹⁴

DESEJO E SATISFAÇÃO SEXUAL

Os problemas sexuais não são universais na perimenopausa e na pós-menopausa. Por exemplo, uma mulher relatou, de modo alegre, que “minha libido ficou mais forte do que nunca, e eu tive a sorte de ter um marido que gostava de me agradar”. Porém, muitas mulheres na perimenopausa relatam diminuição do interesse sexual, ausência de excitação e falta de lubrificação suficiente (veja, acima, maneiras de lidar com isso) e, às vezes, até aversão ao sexo. Essas situações podem ser influenciadas por problemas relacionados à perimenopausa, como fluxo menstrual intenso e irregular ou alterações de humor, e podem melhorar com a chegada da pós-menopausa se você se mantiver sexualmente ativa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade não se limita ao ato sexual, mas se amplia por relações de contato, intimidade e afeto. A disposição para viver a sexualidade não necessariamente acaba com a chegada à terceira idade, e essa ideia que circula na sociedade está carregada de preconceito etário (etarismo). As

mulheres que chegam à pós-menopausa podem continuar vivendo essa experiência tão importante da vida e, inclusive, devem continuar utilizando preservativos a fim de evitar doenças. A importância do reconhecimento da sexualidade ativa das pessoas idosas e da necessidade de se enfatizar práticas saudáveis decorre, dentre outros motivos, do crescente número de pessoas idosas portadoras de HIV no Brasil.¹⁵

O desejo e o desempenho sexual podem ser afetados por outros problemas de saúde, como pressão alta ou diabetes, ou por mudanças na vida, como a morte de uma parceira ou parceiro ou uma parceira ou parceiro que não está mais interessada ou não consegue fazer sexo. Se você tiver problemas com alteração em seu desejo ou experiências sexuais que te incomodem, tente analisar esses problemas antes de vinculá-los à perimenopausa ou à pós-menopausa. Se você ou a pessoa com quem você se relaciona tomar um medicamento que parece diminuir o desejo sexual, converse sobre esse assunto com sua médica ou médico. Muitas vezes, substituir um medicamento pode ajudar. Além disso, se o sexo é desconfortável para você, fale sobre isso com sua médica ou médico também.

Esteja ciente da variedade de fatores não clínicos que podem estar prejudicando sua satisfação sexual, incluindo problemas de relacionamento, educação sexual inadequada ou dificuldade em falar sobre o que você gosta ou precisa para obter satisfação plena. O cérebro é um órgão sexual importante e, se você estiver estressada, cansada ou irritada com sua parceira ou parceiro, talvez não sinta, de modo algum, vontade de fazer sexo. Se tiver problemas em seu relacionamento, busque uma forma de você e a pessoa com quem se relaciona passarem um tempo juntas para que consigam tratar de suas questões. Por fim, se você também perdeu o interesse por outras atividades, pode ser que esteja deprimida – não sentir prazer nas coisas das quais costumava gostar é um sinal comum de depressão.

DROGAS E DOENÇAS AFETAM O SEXO

Alguns medicamentos, como Prozac e antidepressivos relacionados e alguns medicamentos antiepiléticos, diminuem o desempenho ou o interesse sexual. Medicamentos para pressão alta, assim como a ingestão de álcool em demasia, podem impedir o homem ter ereção e a mulher de sentir-se excitada. O efeito depressivo do álcool se torna mais evidente à medida que as pessoas envelhecem.

Após um ataque cardíaco ou um diagnóstico de doença cardíaca, o medo frequentemente atrapalha o sexo, mas a maioria das mulheres consideram o sexo mais agradável depois da recuperação. Pergunte à sua médica ou ao seu médico e/ou farmacêutica sobre os efeitos relativos a interesse sexual, excitação ou funcionamento de quaisquer medicamentos prescritos para você ou sua parceria. Se essa pessoa não puder tirar suas dúvidas a respeito de sexualidade, peça para ser encaminhada a alguém que possa.

SEXO SEGURO DURANTE E APÓS A PERIMENOPAUSA

Se você é sexualmente ativa, corre o risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível (IST), incluindo o HIV. A secreção vaginal (e, na pós-menopausa, o afinamento do revestimento) pode causar irritação por conta do sexo com penetração, provocando uma exposição maior a bactérias ou vírus. Praticar sexo seguro – ou seja, usar preservativo ou camisinha feminina – pode reduzir o risco de IST. Para obter informações sobre como se proteger, consulte o capítulo 10, “Sexo mais seguro”.

De toda forma, é preciso destacar que a sexualidade, que inclui diversificadas formas de contato, não deve constituir um tabu para mulheres que vivem a perimenopausa, a menopausa e a pós-menopausa; ao contrário, mulheres que passam por esses períodos devem buscar informações para as possíveis transformações e cuidados com o corpo na vida sexual.

A vida sexual, que era intensa, está caída. O que atrapalha realmente são os calores e a falta de lubrificação. A libido também reduziu, mas nada que as preliminares não resolvam. O que mais o incomoda é o mau humor.

Mulher casada há 16 anos

Na verdade, tudo muda depois de um tempo de casados. As coisas não são como no início do relacionamento, mas resolvi usar e o resultado foi surpreendente, eu parecia uma nova pessoa. A escolha é nossa; como todo medicamento, tem seus benefícios e malefícios. Acho que, para fazer esse tipo de tratamento, as mulheres têm que se informar ao máximo e ter certeza do que querem.

Professora que fez tratamento hormonal por um ano e parou após a melhora dos sintomas¹⁶

A MEMÓRIA E A MENTE

Muitas mulheres relatam falhas de memória ou menor capacidade de concentração durante a perimenopausa e a pós-menopausa. A relação entre função cognitiva, memória e hormônios não é totalmente compreendida. O esquecimento ocasional também pode refletir estresse geral, preocupações específicas, depressão, falta de sono, não prestar atenção aos detalhes ou se distrair com coisas, como um telefone tocando, uma criança gritando ou um cachorro latindo.

Com tantas mudanças acontecendo no meu corpo, não é de se admirar que não consiga me lembrar de outras coisas! E não é de se admirar que às vezes fico um pouco chorosa – parte de toda a minha vida ficou para trás agora. Felizmente, esses sentimentos não duram muito. Após a perimenopausa, ouvi dizer que a pós-menopausa é muito fácil.

Mulher de 52 anos

De fato, a capacidade do cérebro de reorganizar suas células e desenvolver conexões continua ao longo da vida. Exercícios mentais, como ler, resolver palavras cruzadas ou quebra-cabeças e participar de atividades sociais ou estimular conversas às vezes podem melhorar a memória.

A privação de sono, independentemente da causa, não deve ser descartada como causa para problemas de memória e concentração. Se você estiver com dificuldade para dormir, ao resolver o problema, sua memória e capacidade de pensar podem melhorar. Algumas mulheres relatam que a TH auxilia na perda da função cognitiva, mas ainda não se sabe ao certo se o estrogênio ou a progesterona (sozinhas ou juntos) são benéficos para a memória.

O HUMOR

Evidentemente, as mudanças hormonais podem afetar nosso humor. Pesquisas atuais sugerem que, durante a perimenopausa, quando os hormônios reprodutivos são irregulares, as mulheres podem ficar mal-humoradas e até deprimidas. Estudos também indicam a ocorrência de comprometimento da memória e de modificação do comportamento sexual.¹⁷ Podem estar em uma situação de risco mulheres com histórico de depressão pós-parto, histórico familiar de depressão ou TPM grave, especialmente aquelas que não praticam exercícios físicos, não reservam um tempo para si ou não prestam atenção aos sinais e avisos que seus corpos dão. É claro que a insônia e o estresse na meia-idade também podem contribuir para as variações de humor. A relação entre perimenopausa/pós-menopausa e humor – ou a condição mais grave e às vezes debilitante chamada depressão – é complicada e ainda não é totalmente compreendida.

A maioria das mulheres acha que a instabilidade emocional diminui na pós-menopausa por conta dos níveis mais baixos e estáveis de hormônios. Ainda assim, estar na pós-menopausa, especialmente em uma cultura voltada para a juventude, traz seus próprios desafios. Mesmo que você nunca tenha precisado de orientação ou de alguma medicação, sugerimos que busque ajuda caso as alterações de humor e depressão, antes ou depois da menopausa, estejam prejudicando sua vida. No entanto,

embora as campanhas publicitárias das empresas farmacêuticas divulguem os efeitos positivos da TH no humor, dados da *Women's Health Initiative* (WHI) mostraram que as combinações mais prescritas de estrogênio e progesterona oral, do ponto de vista clínico, não tiveram um efeito significativo geral na vida das mulheres, na sua saúde mental ou nos sintomas depressivos, pelo menos em média.

ALCANÇANDO A PÓS-MENOPAUSA

Após os percalços da perimenopausa, algumas mulheres mal percebem a pós-menopausa. As menstruações terminam e, se você teve problemas uterinos, como sangramento intenso ou miomas, eles podem desaparecer sem tratamento quando seus níveis de estrogênio diminuírem. Geralmente, a endometriose também melhora. Uma mulher de 56 anos diz que alcançar a menopausa é maravilhoso:

Chega de inchaços, seios doloridos, enxaquecas no período menstrual, dor nas costas, cabelos oleosos e espinhas. Agora percebo que senti que estava grávida há 35 anos!

Apesar de algumas de nós seguirmos sentindo uma variedade de efeitos, como ondas de calor e secura vaginal, muitas mulheres acham a uniformidade das décadas pós-menopausa emocionante, já que se trata do início de uma nova fase que durará o resto de suas vidas.

CUIDANDO DE NÓS MESMAS

Muitas das mudanças associadas ao envelhecimento e aos anos da pós-menopausa que antes eram biologicamente inevitáveis, na verdade, podem ser prevenidas e, às vezes, até revertidas. Doenças cardíacas e osteoporose são dois exemplos. Durante a perimenopausa e antes dessa fase, você pode procurar soluções para manter uma boa saúde e diminuir o impacto dessas e de outras doenças crônicas associadas ao envelhecimento. É sempre bom adquirir hábitos saudáveis, exercitar-se, ter uma alimentação saudável, parar de fumar e reduzir a ingestão de caféina, açúcar e álcool.

De acordo com artigo publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, profissionais de saúde devem proporcionar às mulheres climatéricas mais informações sobre as mudanças vivenciadas nesse período, oferecendo acesso ao atendimento e recomendações sobre hábitos que podem melhorar a qualidade de vida.¹⁸

Desse modo, é imprescindível, e uma questão de saúde pública, que o Estado brasileiro conheça os diferentes perfis e condições culturais e físicas das mulheres para que, a partir de dados e análises concretas, possa formular e implementar políticas públicas de caráter informativo, preventivo e profilático.

ATIVIDADE FÍSICA E MOVIMENTO

A atividade física torna-se cada vez mais importante na meia-idade. A proporção de gordura corporal aumenta à medida que envelhecemos e, sem exercício, perdemos mais massa muscular. Normalmente, começamos a perder massa óssea aos 30, muitas vezes porque não fazemos atividade física e temos uma vida sedentária. Felizmente, um número crescente de mulheres de todas as idades não segue essa regra e está fazendo exercícios.

Faço taekwondo, autodefesa oriental, que me encantou enquanto nipo-americana. Para minha surpresa, depois de alguns meses chutando e atingindo um adversário imaginário, minha insônia crônica e rigidez no pescoço desapareceram. Também se foram as crises terríveis de gastrite. Comecei a me sentir com mais energia... Isso foi há mais de cinco anos. Hoje, todas as doenças com as quais eu pensei que teria que conviver pelo resto da minha vida se foram.

Mulher de 50 anos

Os exercícios aeróbicos, como caminhar, nadar, andar de bicicleta e dançar, fazem o coração trabalhar mais e fortalecem os músculos e ligamentos que sustentam o esqueleto. O levantamento de peso favorece a formação de ossos. A musculação ajuda a aumentar a força muscular e melhorar o equilíbrio. A ioga promove flexibilidade e equilíbrio. Há exercícios para atender quase qualquer tipo de limitação física, incluindo treinos isométricos que servem para a tonificação da musculatura e ioga na cadeira, se você não puder se mover. É importante exercitar o corpo todo para ganhar força e flexibilidade em todas as suas partes.

O exercício pode diminuir a pressão arterial e reduzir os riscos de ataque cardíaco e derrame, artrite, enfisema e osteoporose. Além disso, é essencial para manter um peso saudável (embora apenas o exercício geralmente não leve à perda de peso) e pode ajudar a melhorar a postura, o sono e a função intestinal e a aliviar a depressão, as ondas de calor, além de fazer com que a maioria das pessoas se sintam melhor de modo geral. Após o exercício, o sangue circula pela pele, trazendo nutrientes extras, elevando a temperatura da pele e aumentando o teor de colágeno. A pele realmente engrossa, ficando com mais elasticidade e menos rugas. Algumas mulheres também sentem que o exercício regular melhora sua resposta sexual e sua sensualidade.

Você está sofrendo violência?

O abuso pode ser um fator para a depressão. Segundo a *Women's Health Initiative* (WHI), em um estudo com quase 92.000 mulheres com idades entre 50 e 79 anos, 11,1% sofreram algum tipo de abuso físico ou verbal; das que foram abusadas, 10,9% relataram algum nível de abuso físico, enquanto 89,1% sofreram depreciação, críticas duras e ameaças. Se você está sendo abusada de alguma forma, procure pessoas amigas solidárias, serviços adequados e sua médica ou médico. Para mais informações, consulte o capítulo 25, “Violência contra as mulheres no Brasil”.

GANHO DE PESO NA MEIA-IDADE

As mulheres na meia-idade costumam queixar-se da dificuldade em controlar o ganho de peso. Provavelmente, isso se deve ao metabolismo mais lento, à redução das atividades e ao aumento do consumo calórico. A tendência do aumento de peso durante a meia-idade é importante para a saúde das mulheres devido à relação entre o índice de massa corporal (IMC) elevado ou a elevada relação cintura-quadril e pressão arterial elevada e diabetes. Mulheres com uma cintura de 88 centímetros ou mais são mais propensas a ter alterações metabólicas que aumentam o risco de diabetes. O fator mais sistematicamente relacionado a esse ganho de peso da meia-idade é a diminuição na atividade física; exercício regular pode realmente fazer a diferença. Se o aumento de peso faz você se sentir mal com seu corpo e com sua aparência e questionar sua atratividade sexual, você não está sozinha. Muitas de nós estão buscando um equilíbrio entre ficar em forma e aceitar nossos corpos à medida que eles mudam.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019, o excesso de peso atingia 60,3% da população de 18 anos ou mais de idade, o que corresponde a 96 milhões de pessoas –62,6% em mulheres e 57,5% em homens. O sobrepeso não é apenas uma questão de idade, mas pode manifestar-se por toda a vida. Além disso, pode indicar alterações clínicas que afetam a qualidade de vida, mas é preciso destacar que esses impactos não são absolutos e iguais para todas as pessoas. Dar atenção ao excesso de peso e suas possíveis consequências para a saúde não significa estar participando de uma busca incessante para se enquadrar em padrões estéticos nem estar afirmando a inferioridade de mulheres gordas. Mulheres reais possuem corpos reais e diferentes, e todas devem cuidar da saúde e da autoestima, respeitando seu próprio biotipo, sua própria beleza e seu momento de vida.

MENOPAUSA PREMATURA

Se os ciclos menstruais de uma mulher cessam antes dos seus 40 anos, trata-se de menopausa precoce ou prematura, o que pode ser causado por certas cirurgias e tratamentos médicos, além de mudanças precoces na função ovariana que ainda são desconhecidas. A seguir, listamos algumas possíveis causas da menopausa precoce.

MENOPAUSA CIRÚRGICA

Em mulheres que ainda não atingiram a menopausa, a remoção cirúrgica dos ovários (ooforectomia) causará uma redução brutal dos níveis hormonais. O resultado são as mesmas mudanças que ocorrem na menopausa natural, tendo como exceção os níveis de testosterona, que são mais baixos após a ooforectomia. A remoção do útero (histerectomia) com os ovários deixados no local não causa menopausa prematura, embora não haja mais sangramento menstrual e fertilidade, e as alterações hormonais da perimenopausa podem ocorrer em idades mais jovens do que a média.

MENOPAUSA INDUZIDA POR TRATAMENTO

A menopausa prematura pode ocorrer como resultado de quimioterapia, radioterapia pélvica ou em todo o corpo ou outras terapias medicamentosas usadas no tratamento do câncer. Algumas mulheres submetidas a tratamentos contra o câncer sofrem uma alteração temporária da função ovariana; para outras, o impacto é permanente.

INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA (IOP)

Aproximadamente, 1% das mulheres com menos de 40 anos sofre com o inesperado surgimento de suores noturnos, ondas de calor, insônia e outros sintomas da perimenopausa. A menstruação pode diminuir ou parar. Antes conhecida como falência ovariana prematura, essa condição agora é chamada por muitos de insuficiência ovariana prematura (IOP), pois os ovários raramente perdem sua função completamente. Pelo contrário, sua função se torna insuficiente por apresentar ciclos menstruais irregulares.

As causas da IOP incluem fatores genéticos (irregularidades cromossômicas, principalmente a síndrome do X frágil e a síndrome de Turner) ou um processo autoimune. A infecção por vírus também pode contribuir para a IOP. Algumas mulheres com IOP sofrem de outras doenças autoimunes, como a doença de Addison (caracterizada pela produção insuficiente de hormônios esteroides pelas glândulas adrenais) ou enfrentam outras doenças endócrinas, como a doença da tireoide. Acredita-se que diabetes, lúpus, artrite reumatoide e síndrome inflamatória intestinal estejam ligadas à IOP, assim como as toxinas ambientais. Ainda assim, na maioria das vezes,

os estudiosos não conseguem determinar a causa exata da menopausa prematura. O histórico familiar pode ser importante, pois algumas mulheres vêm de famílias em que isso é comum.

Se você tem menos de 40 anos e começa a ter ciclos menstruais irregulares e/ou outros sintomas de perimenopausa (como ondas de calor, insônia, dores de cabeça ou secura vaginal), uma profissional da medicina pode ajudá-la a acompanhar essas ocorrências, seus ciclos e sua ovulação.

Outras possibilidades podem ser excluídas, como gravidez, distúrbio alimentar, doença da tireoide, tumores endócrinos ou outros distúrbios hormonais. Alguns médicos, ainda hoje, podem ter dificuldade em diagnosticar mulheres com IOP, além de ter dificuldade, também, de explicar certas questões ou avaliar melhor sua condição. De fato, a maioria das mulheres relata ter visitado diversos médicos antes de ser diagnosticada. Isso significa que é muito importante que você entenda seu corpo, note quaisquer alterações ou problemas e procure uma especialista, se necessário.

Não se pode afirmar que a IOP seja como a menopausa comum que ocorre precocemente. Há um conjunto de problemas físicos e emocionais que diferenciam a IOP da menopausa – inclui-se nisso um risco elevado de doença cardiovascular e osteoporose. A fertilidade é afetada e essa é uma grande preocupação para muitas mulheres com IOP, pois somente cerca de 5% a 10% delas conseguem engravidar espontaneamente. Na maioria das vezes, mulheres que desejam engravidar recorrem a tecnologias de reprodução assistida, como doação de óvulos e fertilização *in vitro* ou outros recursos, como barriga solidária (cessão temporária de útero) ou adoção.

TRATAMENTO

Embora não haja cura para a IOP, existem diversas opções de tratamento que podem aliviar os sintomas e diminuir as complicações. A maioria das médicas aconselha que as mulheres com menopausa prematura, se não tiverem contraindicações como câncer, façam TH até atingirem os 51 ou 52 anos ou a idade natural da menopausa (terapia com estradiol transdérmico e progesterona oral é um exemplo). São necessárias mais pesquisas sobre os benefícios e riscos da TH para esse diagnóstico, mas algumas evidências recentes apoiam o uso de estrogênio transdérmico em vez de oral para tratamento.

LIDAR COM A MENOPAUSA PRECOCE OU PREMATURA

A maioria das mulheres que sofrem com a menopausa precoce ou prematura a descreve como algo inesperado. Elas se sentem “deslocadas” em relação às outras mulheres da mesma idade, pois nunca esperam ter que enfrentar esses tipos de dificuldades e tomar certas decisões a essa altura da vida. É muito importante permitir-se sofrer e ter suas emoções reconhecidas e validadas. Uma boa rede de

apoio pode ajudá-la a lidar da melhor forma com os reflexos ao longo da sua vida. Atualmente, existe um apoio maior a mulheres com menopausa prematura. Um exemplo é o Grupo de Apoio a Mulheres no Climatério (Clime), para servidoras públicas do Distrito Federal. Outro exemplo é o Projeto Pró-Mulher (Projeto de Atenção à Saúde da Mulher), realizado no âmbito do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas em São Paulo. Nos Estados Unidos, há também fontes como *Early Menopause* (Menopausa Precoce), um site não comercial para mulheres.

Em tradução: Menopausa em outras culturas



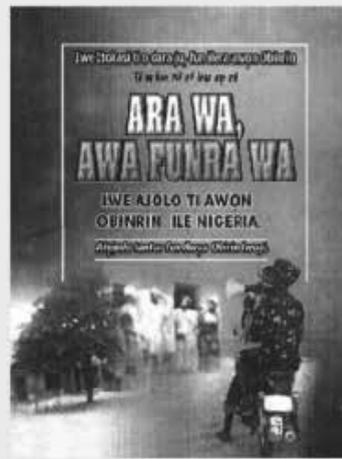
Folheto bengali.

Grupo: Sanlaap (India) and Manavi (USA)

País: Índia

Fonte: “Aamaar Shaastha, Aamaar Sattaa” (minha saúde, Eu), um folheto bengali baseado em *Our Bodies, Ourselves*

Websites: sanlaapindia.org; manavi.org



Folheto nigeriano.

Grupo: *Women for Empowerment, Development, and Gender Reform – WEDGR* [Mulheres pelo empoderamento, desenvolvimento e reforma de gênero]

País: Nigéria

Fontes: Materiais impressos e não impressos com base em *Our Bodies, Ourselves* no dialeto pidgin e em iorubá.

Website: ourbodiesourselves.org/programs/network

“Os efeitos da menopausa na saúde sexual, reprodutiva e na vida das mulheres têm sido o nosso maior trabalho”, diz uma parceira da OBOS na Nigéria da instituição WEDGR. Na Nigéria, o principal objetivo do casamento é ter filhos. Mulheres que não têm filhos são muitas vezes culpadas pela infertilidade e ostracizadas pela família e pela comunidade. Essa atitude, que decorre em grande parte da falta de informação, também se aplica às mulheres na pós-menopausa, que já não conseguem engravidar.

Infelizmente, mesmo com o avanço promovido pelos debates e conquistas feministas, muitas sociedades ocidentais e orientais ainda compreendem que a principal função social das mulheres é a maternidade. Os direitos sexuais e reprodutivos não devem ser confundidos com obrigações sexuais e reprodutivas; assim toda mulher deve ser livre para escolher como e quando exercer sua sexualidade e também se vai optar pela maternidade.

Numa pesquisa realizada pela WEDGR, 85% dos homens que não tinham filhos e cujas esposas estavam próximas da ou na pós-menopausa admitiram abertamente que fazem sexo com outras mulheres com a intenção de reproduzir. Os homens não estavam cientes de que a infertilidade pode ser atribuída tanto aos homens quanto às mulheres ou que a menopausa é parte do ciclo de vida de todas as mulheres.

Assim, depois de adaptar o conteúdo de *Our Bodies, Ourselves* para o inglês nigeriano e de traduzi-lo para o iorubá, a WEDGR usou os materiais para instruir a comunidade sobre o impacto social e biológico da menopausa e as implicações do sexo desprotegido para a saúde. Como resultado dessa divulgação, houve um aumento da conscientização de que a menopausa é um estágio natural, e não um problema ou tabu.

Em comparação, a Sanlaap, uma organização feminista não governamental, parceira de OBOS na Índia, relata que, embora a segregação de gênero e a mobilidade restrita sejam uma regra para as mulheres enquanto elas estão no período reprodutivo, as mulheres na pós-menopausa ganham poder e *status* dentro da família e da sociedade. Esse poder é maior ainda se elas tiverem dado à luz filhos homens. Às mulheres mais velhas é permitida mais liberdade para interagir com os homens. Elas são vistas, muitas vezes, como matriarcas e conselheiras sábias em suas famílias. Nos contextos rurais de Bengala Ocidental, um estado na costa leste, as mulheres mais velhas muitas vezes desempenham o papel de árbitras e negociadoras para resolver conflitos dentro das famílias e entre elas.

ALIMENTAÇÃO

Embora os mesmos princípios básicos da alimentação saudável se apliquem ao longo da vida, as necessidades nutricionais mudam um pouco com a idade. Uma boa nutrição é essencial para a saúde, para a independência e para a qualidade de vida das mulheres de meia-idade e mais velhas, e é um dos principais elementos para um bom envelhecimento. Comer bem também pode ajudar a prevenir ou a lidar com doenças crônicas e até mesmo a melhorar a sexualidade.

Como as mulheres que vivem em comunidades de baixa renda enfrentam obstáculos ao acesso e à compra de frutas e legumes frescos e de outros alimentos saudáveis, alguns projetos inovadores estão agora abordando a questão crítica da distribuição de alimentos. Tendo sido ignoradas pelas redes varejistas de alimentos há décadas, cidades do interior sofrem mais com nosso sistema desigual de distribuição de alimentos. Algumas comunidades criaram fazendas urbanas e jardins como forma de melhorar a saúde e mudar a paisagem social de forma literal e figurativa. Veja o documentário *Food Fight* (Batalha Alimentar, sem tradução no Brasil – foodfightthetdoc.com) para mais detalhes.

Em um país como o Brasil, essa orientação pode ser um verdadeiro desafio, pois muitas pessoas vivem situações de insegurança alimentar durante toda a sua vida. Portanto, as políticas públicas para saúde das mulheres devem contemplar campanhas de educação alimentar, mas também de assistência e acesso físico, social e econômico à alimentação saudável. Em outras palavras, a luta pela saúde das mulheres perpassa as desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais que o Brasil enfrenta como uma das partes nefastas de seu passado colonial.

PREVENÇÃO DA PERDA ÓSSEA E DA OSTEOPOROSE

Os ossos, como todos os outros tecidos vivos nos nossos corpos, passam por um processo de remodelação durante toda a vida. Se você é fisicamente ativa e segue uma dieta saudável, com quantidade adequada de cálcio durante a juventude, você ganhou massa óssea na época mais importante e obteve uma vantagem que lhe servirá ao longo da vida. Um pouco de perda óssea é normal em mulheres e homens com o passar dos anos. Por volta dos 35 anos, começamos a perder massa óssea mais rapidamente do que a substituímos. A maioria das mulheres perde massa óssea ainda mais rápido no início das menstruações irregulares da perimenopausa até quatro anos após o fluxo final. Outro período de aumento da perda óssea ocorre a partir dos 70 anos. Isso é importante, porque a perda óssea está associada a um risco aumentado de fraturas – uma lesão com potencial devastador à medida que envelhecemos.

Osteoporose, densidade óssea significativamente baixa, é a designação um tanto quanto arbitrária da Organização Mundial de Saúde (OMS) de um nível de perda óssea com desvio padrão de -2,5 na densidade óssea média de uma mulher jovem saudável na sua densidade óssea máxima. No entanto, nem toda perda óssea é osteoporose. Muitas de nós que desenvolvemos osteoporose nunca saberemos disso a não ser que tenhamos uma fratura.

A osteoporose atinge homens e mulheres, mas sua incidência é significativamente maior entre elas. A Fundação Internacional de Osteoporose (*International Osteoporosis Foundation* – IOF) estima que há, no mundo, aproximadamente 200 milhões de mulheres com a doença: uma em cada três mulheres acima dos 45 anos de idade.

O SUS oferece medicamentos para osteoporose que estão listados no Protocolo de Tratamento e Diretrizes Terapêuticas. Por outro lado, as campanhas publicitárias de empresas farmacêuticas que produzem remédios para perda óssea dão a impressão de que *todas* as mulheres vão ter osteoporose a menos que tomem alguma medicação. No entanto, os anúncios visam principalmente mulheres de classe média, que teriam condições econômicas de adquirir esses produtos. É importante nos concentrarmos na prevenção das fraturas, e não apenas em tomar medicamentos que possam prevenir a osteoporose.

Prevenção

Nunca é tarde demais para começar a fortalecer os ossos. A musculação desenvolve e mantém densidade óssea e massa muscular em níveis adequados, além de equilíbrio; ioga, corrida, treinamento cruzado, exercícios especiais para as costas e fisioterapia também ajudam. Exercícios físicos na água proporcionam uma resistência benéfica aos movimentos, causando menos pressão nas articulações; no entanto, na natação por si só, não há trabalho com pesos e, por isso, esse exercício não trabalha a força óssea.

O que você come e bebe pode ajudar a fortalecer os ossos. Evite hábitos nocivos como fumar e não beba mais do que uma bebida alcoólica por dia. É importante manter ao mínimo a ingestão de alimentos com baixa densidade nutricional (“calorias vazias”).

Também é possível prevenir a osteoporose precoce evitando, sempre que possível, intervenções médicas que contribuam para a afiniação óssea, como a ooforectomia (remoção dos ovários). Mulheres medicadas com esteroides por mais de três meses, ou que tomam doses elevadas de medicação para a tireoide ou alguns medicamentos anticonvulsivos, têm maior risco de osteoporose. As seguintes drogas comumente usadas também são associadas com um risco aumentado de osteoporose: medicamentos corticosteroides (uso a longo prazo), inibidores de aromatase para tratar o câncer de mama (uso a longo prazo), uma classe de medicamentos antidepressivos chamados de inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), metotrexato, droga usada no tratamento de câncer, medicamentos para bloqueio de ácido, chamados de inibidores da bomba de prótons, e de antiácidos contendo alumínio.

Muitas fraturas podem ser evitadas com medidas de segurança de bom senso, como preferir sapatos sem salto, usar corrimãos e não utilizar tapetes em casa. Para obter uma lista completa sobre medidas para prevenir fraturas e quedas em ambientes internos e externos, consulte dicas de segurança disponíveis em sites especializados.

Alimentação para limitar a perda óssea e reduzir fraturas

Cálcio

O cálcio ajuda a prevenir a perda óssea, que pode levar à osteoporose, e é fundamental para a saúde esquelética. Como as mulheres com mais de 35 anos absorvem cálcio com menos facilidade, é importante fazer mais exercícios (necessários para absorver cálcio) e obter cálcio suficiente em sua dieta, juntamente a outros nutrientes que ajudam seu corpo a absorver cálcio. Se você não consome produtos lácteos devido a intolerância a lactose ou outra sensibilidade, não se preocupe, pois muitas outras fontes de cálcio estão disponíveis, como verduras folhosas escuras, feijões e suco de laranja fortificado com cálcio. É curioso, mas estudos de longo prazo não mostram sistematicamente nenhuma redução nas fraturas em pessoas com elevado consumo de laticínios. Atualmente, a adição de retinol/vitamina A ao leite está sendo considerada como uma possível explicação para esse fato.¹⁹

COMPARAÇÃO DE SUPLEMENTOS DE CÁLCIO			
Suplementos de cálcio podem te ajudar a cumprir a recomendação diária de 1.200 a 1.500 mg. Os suplementos de cálcio têm várias formas.			
Composição	Quantidade de cálcio	Apresentação	Efeitos sobre a digestão
Carbonato de cálcio	40% de cálcio	Tabletes	Pode causar dores estomacais
Citrato de cálcio	21% de cálcio	Tabletes	Pode ser de fácil digestão
Fosfato de cálcio	30% de cálcio	Adicionado a suco de laranja ou leite de soja	Facilmente absorvido sem perturbações digestivas

Vitamina D

Muitos especialistas sugerem 800 e até 1.200 UI de vitamina D por dia para a absorção de cálcio e fósforo. As principais fontes de vitamina D são o sol, peixes oleosos como salmão e cavala, leite fortificado e cereais. Embora iogurte e queijo sejam boas fontes de cálcio, eles não contêm vitamina D. À medida que envelhecemos, absorvemos menos da vitamina D que comemos, e aquelas de nós que moram em lugares frios ou passam grande parte do dia dentro de casa não têm muita exposição solar. A deficiência de vitamina D, que é comum em adultos nos Estados Unidos, pode tanto causar quanto aumentar a osteoporose. É possível verificar seu nível de

vitamina D através de exame de sangue. Especialmente se você vive em um clima sem tanta exposição ao sol, você pode querer tomar um suplemento de vitamina D ou uma combinação de pílulas de cálcio/vitamina D.

Magnésio

Muitos pesquisadores recomendam que o cálcio seja equilibrado com magnésio na razão de dois para um, embora adultos saudáveis sem doença intestinal grave não sejam deficientes em magnésio. Se seu nível de magnésio cair, o cálcio também não será absorvido. Frutas, legumes e verduras contêm magnésio, assim como alguns suplementos de cálcio.

Outros nutrientes

Embora a maioria das mensagens de prevenção tenham focado em cálcio e vitamina D, pesquisas recentes mostram que vários nutrientes e constituintes alimentares adicionais são importantes. A suplementação com cálcio e vitamina D nem sempre produziu resultados tão bons quanto o esperado, o que sugere que outros fatores precisam ser considerados. Comer frutas e legumes mostrou-se uma forma importante de proteger a saúde óssea. Muitos outros nutrientes, incluindo magnésio (discutido anteriormente), potássio, vitamina C, vitamina K, algumas das vitaminas B e carotenoides revelaram-se mais importantes do que as pesquisadoras e os pesquisadores pensavam inicialmente. Em junho de 2010, a Fundação Internacional de Osteoporose (*Osteoporose International Foundation – IOF*) publicou um estudo que mostra que o antioxidante licopeno (do suco de tomate ou do suplemento) pode ajudar a reduzir a perda óssea.

O pensamento sobre a proteína mudou: em vez de ter um efeito negativo sobre os ossos, a ingestão de proteínas parece beneficiar os ossos em adultos mais velhos. Beber refrigerantes gaseificados, como Coca-Cola, está associado a efeitos negativos, e o pequeno consumo de álcool (um copo de vinho por dia) mostra efeitos positivos na densidade óssea, particularmente em mulheres mais velhas. Os dados atuais sobre dieta e saúde óssea apoiam dietas equilibradas com uma abundância de frutas e legumes, produtos lácteos adequados e outros alimentos proteicos e consumo mínimo de alimentos não saudáveis com baixa densidade nutricional.

ABORDAGENS MÉDICAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE

Você precisa fazer um exame de densitometria óssea?

A idade recomendada para iniciar os exames regulares de densitometria óssea é a partir dos 65 anos; no entanto, se você e sua médica ou médico identificarem fatores de risco para osteoporose, podem optar por realizá-los mais cedo. O exame de den-

sitometria por dupla emissão de raios-X (DEXA) compara sua densidade óssea com a de uma jovem adulta saudável. Após o exame, algumas de nós somos diagnosticadas com osteopenia, isto é, uma perda óssea gradual que não apresenta nenhum perigo imediato, mas que pode levar à osteoporose. Esse diagnóstico é controverso entre ativistas da saúde da mulher, pois pode levar ao uso de medicamentos desnecessários e precoces.

O exame de densitometria óssea é muito útil, principalmente para pacientes de alto risco. Ainda assim, não há garantias de melhora no quadro geral. O diagnóstico precoce não faz sentido a menos que as mulheres aprendam como reduzir sua perda óssea e a fazer alterações significativas em seu estilo de vida, como mudar seus hábitos alimentares e fazer exercícios. Considerando que essas mudanças podem beneficiar todas as mulheres, devemos fazê-las de qualquer forma.

O marketing da osteoporose e da osteopenia

Até pouco tempo, a osteoporose só era diagnosticada quando ocorria uma fratura por fragilidade. Em 1993, em uma reunião organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e financiada principalmente por empresas farmacêuticas, a definição de osteoporose foi radicalmente alterada. Assim, o que anteriormente tinha sido classificado como fator de risco (perda óssea) tornou-se uma doença (osteoporose) completa, com uma medida arbitrária do que a constituía (uma medição da densidade óssea com um desvio padrão de $-2,5$ ou menor em uma mulher mais jovem).

O conceito de osteopenia, ou pré-osteoporose (densidade óssea entre -1 e $-2,5$ desvios padrão ou menor em uma mulher mais jovem), também foi introduzido. Essas definições, juntamente à intensa promoção de exames de densitometria óssea e medicamentos – incluindo a instalação gratuita de aparelhos de teste de densitometria óssea em consultórios médicos pela Merck, o criador do Fosamax, uma medicação para osteoporose – resultou em mais mulheres buscando medicações para evitar uma potencial fratura.

Ironicamente, a droga não hormonal mais promovida para prevenir a perda óssea, o alendronato (Fosamax), não tem benefícios comprovados em mulheres em torno da idade típica de menopausa sem histórico de fratura. Além disso, a grande maioria das fraturas do quadril ocorre após a idade de 65 anos, com a maior porcentagem ocorrendo após os 75 anos. Campanhas de publicidade com celebridades que foram porta-vozes pagas pela Merck ajudaram a criar um clima de medo de fraturas ósseas em mulheres de meia-idade. Como a advogada especializada em direito do consumidor Barbara Mintzes aponta, “o exame de densitometria óssea é um mau indicador de futuras fraturas, mas um excelente indicador para o início do uso de fármacos”.²⁰

Para ter uma perspectiva fascinante de como a osteopenia se tornou um problema de saúde que levou milhões de mulheres a tomar Fosamax, acesse npr.org e busque por *How a Bone Disease Grew to Fit the Prescription* (Como uma doença óssea cresceu até se encaixar na prescrição, sem tradução no Brasil), por Alix Spiegel.

No Brasil, seguimos as mesmas orientações médicas indicadas pela OMS; no entanto, vários médicos e médicas indicam a melhora na qualidade de vida como a resposta mais eficaz para o tratamento da osteopenia.

Dráuzio Varella sobre osteopenia

É muito difícil reverter um quadro de osteopenia. Por isso, o objetivo principal é deter ou retardar a degradação do tecido ósseo que pode levar à osteoporose. O tratamento pode ser medicamentoso ou não medicamentoso.

Tratamento não medicamentoso

O não medicamentoso consiste basicamente em adotar um estilo de vida saudável, o que inclui as seguintes medidas:

- Optar por uma alimentação balanceada, rica em cálcio (leite e seus derivados, por exemplo), vitamina D (ovo, salmão, atum, verduras de folhas escuras, grãos integrais e cereais) pode ser suficiente para repor os 1.000 mg diários de cálcio necessários para a saúde dos ossos.
- Expor a pele ao sol, especialmente a dos braços e das pernas, sem passar protetor solar durante 10/15 minutos, no período da manhã ou no final da tarde, para garantir a síntese da vitamina D indispensável para a absorção intestinal de cálcio.
- Praticar atividades físicas, se possível com algum impacto, durante 30 minutos, pelo menos cinco dias na semana. Exercícios simples, como andar, dançar, nadar, ajudam a manter a densidade óssea, a fortalecer os músculos e a melhorar o equilíbrio, o que reduz o risco de quedas.
- Evitar o consumo excessivo de álcool e ficar longe do cigarro, que prejudica muito a qualidade dos ossos.
- Controlar a ingestão de cafeína, presente não só no café, mas também em vários tipos de chá, refrigerantes, chocolate e bebidas energéticas, porque interfere na absorção de cálcio pelo organismo.

Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso, em geral, é reservado para os quadros mais graves de osteopenia e procura corrigir a deficiência de cálcio e vitamina D no organismo. Em alguns casos, o médico pode prescrever o uso de biofosfanatos,

droga que têm demonstrado eficácia na preservação da densidade mineral óssea, e reposição hormonal, se não houver contraindicações.

Nenhum medicamento está livre de provocar efeitos colaterais indesejáveis e ser contraindicado em algumas situações. Portanto, qualquer remédio, inclusive as suplementações de cálcio e vitamina D, aparentemente inofensivas, só deve ser utilizado com prescrição e acompanhamento médico.²¹

Tratamentos médicos para a osteoporose

Os tratamentos hormonais, tanto o estrogênio isolado como as combinações de estrogênio-progesterona, demonstraram reduzir o risco de osteoporose e fratura óssea. O efeito protetor do estrogênio desaparece dois anos após o término da terapia hormonal (TH) e, para aquelas que interrompem a TH, o risco de fraturas no quadril, a curto prazo, aumenta em comparação com o das mulheres que permanecem na TH. Uma vez que os resultados do estudo da *Women's Health Initiative* (WHI) foram anunciados em 2002 com a conclusão de que a popular reposição hormonal pode causar câncer de mama, coágulos sanguíneos e AVC, tem sido feita uma busca por alternativas.

Os bifosfonatos – uma nova classe de medicamentos não hormonais que retardam o enfraquecimento ósseo – foram receitados para muitas mulheres com desgaste ósseo na esperança de que fossem mais seguros do que os tratamentos hormonais. Havia a expectativa não só de que mulheres com osteoporose pudessem usar essa medicação para prevenir uma maior perda óssea, mas também de que ela evitasse a osteoporose. Todos os bifosfonatos demonstraram diminuir fraturas da coluna vertebral, em comparação com um placebo, e alguns diminuíram as fraturas do quadril, também em comparação com um placebo. Embora os bifosfonatos tornem os ossos mais densos, também podem deixar os ossos mais quebradiços, e têm sido associados, raramente, a úlcera grave da mandíbula e a deterioração e fraturas incomuns no meio do fêmur.

Em outubro de 2010, a FDA (*Food and Drug Administration*, órgão governamental americano com funções semelhantes às da Anvisa, no Brasil) anunciou que os bifosfonatos utilizados no tratamento da osteoporose devem incluir um aviso sobre o risco de fraturas atípicas da coxa – os medicamentos mencionados no relatório da FDA são Fosamax, Fosamax Plus D, Actonel, Actonel com cálcio, Boniva, Atelvia e Reclast. A FDA também reconheceu que os problemas com bifosfonatos podem aumentar com a duração do uso e incentivou profissionais de saúde a “considerarem a periódica reavaliação da necessidade de continuar a terapia com bifosfonato, particularmente em pacientes que foram tratadas por mais de cinco anos”.

Se você toma bifosfonatos, não se esqueça de informar sua ou seu dentista antes de qualquer cirurgia dentária (mas não demore caso tenha dor de dente, abscesso

ou outra necessidade urgente); também informe sua médica ou médico sobre dores no maxilar, no quadril ou na coxa. Se estiver pensando em iniciar tratamento com bifosfonatos, compare os dados mais recentes sobre seus riscos com os riscos de outras formas de prevenção e tratamento de osteoporose, incluindo um estilo de vida saudável para os ossos e monitoramento da densidade óssea. Compreender os riscos e benefícios dessas drogas é, sem dúvida, um projeto em andamento. Ninguém que tenha hoje 80 anos tomou bifosfonatos nos seus 50 anos, por exemplo, pois esses medicamentos só foram aprovados nos anos 1990.

Modeladores seletivos de receptores de estrogênio (MSRE), como o medicamento raloxifeno (de nome comercial Evista), podem prevenir a perda óssea e reduzir o risco de fratura da coluna vertebral (mas não a de quadril) sem aumento do risco de câncer de mama ou de útero que a reposição hormonal tem. No entanto, o raloxifeno pode aumentar as ondas de calor e criar um risco de coágulos sanguíneos semelhante ao risco dos estrogênios da pílula. Portanto, essa não é uma boa escolha para mulheres com alto risco de coágulo ou acidente vascular cerebral.

Um esteroide misto derivado de estrogênio-progesterona-testosterona chamado tibolona é amplamente utilizado nos países europeus para tratar ondas de calor e suores noturnos e para aumentar a densidade óssea. A tibolona tem um efeito colateral semelhante ao estrogênio em forma de pílula: aumenta o risco de acidente vascular cerebral em mulheres mais velhas. O estudo britânico *Million Women Study* (Estudo com 1 milhão de mulheres) da Universidade de Oxford (millionwomenstudy.org) demonstrou que a tibolona aumenta os riscos de câncer do endométrio e a recorrência em mulheres com câncer de mama. Ainda está sendo debatido se a tibolona aumenta ou diminui a chance de aparecimento de câncer. A menos que haja provas conclusivas e tranquilizadoras sobre essa questão, é improvável que a tibolona seja aprovada para utilização nos Estados Unidos.

Algumas pesquisas brasileiras sobre esse esteroide têm sido desenvolvidas com bons resultados em termos de diminuição dos riscos de câncer de mama e ações deletérias do endométrio.

Pesquisa sobre tibolona no Brasil

A pesquisa “Avaliação dos efeitos a longo prazo da tibolona no osso do fêmur por Microfluorescência de Raio-X”, desenvolvida por cientistas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal Fluminense (UFF) no Laboratório Nacional de Luz Síncrotron (LNLS), aponta que o hormônio tibolona apresenta vantagens no tratamento da menopausa se comparado à usual Terapia de Reposição Hormonal (TRH) com estrógeno e progesterona. Pesquisadores apresentaram o estudo na 20ª edição da Reunião de Usuários do LNLS (RAU) que aconteceu nos dias 22 e 23 de fevereiro [de 2010].

A grande vantagem do tibolona é sua ação específica e diferente em cada parte do organismo da mulher. Essa substância não tem quase nenhuma ação sobre a mama e sobre o endométrio, que são os locais de risco de câncer e onde os estrógenos geralmente agem.

Trata-se de uma substância que imita as qualidades do estrógeno com diminuição dos efeitos colaterais. O estudo demonstrou, por meio da técnica de Fluorescência de Raio-X, a qualidade e a quantidade dos minerais ósseos como cálcio e estrôncio em amostras da cabeça do osso femural. Foi possível observar que, com o uso da tibolona, houve elevação das concentrações desses minerais nos ossos.

A perda de cálcio que ocorre nos primeiros cinco anos da menopausa causa a osteoporose. A consequência mais direta da doença está relacionada às fraturas de ossos e, entre essas fraturas, as mais graves são as da bacia. O tratamento com hormônios ou com substitutos hormonais reduz a ocorrência de osteoporose e previne fraturas em 25% e de coluna em 50%. Segundo a pesquisa, o tibolona é, de fato, uma alternativa às THS convencionais porque trata, como essas, todos os sintomas e consequências do estado de deficiência estrogênica que caracteriza a menopausa e previne a osteoporose pós-menopáusia, diminuindo, assim, o risco de fraturas.

Os cientistas também avaliam que a técnica utilizada, Fluorescência de Raio-X com Luz Síncrotron, mostrou-se uma alternativa instrumental eficiente para a caracterização das estruturas ósseas por mapas 2D e para a identificação dos elementos químicos.

Uma vez que o risco de fraturas debilitantes é significativo após os 70 anos, mulheres que começam a tomar algum desses medicamentos durante a perimenopausa ou na pós-menopausa precoce terão provavelmente de tomá-los durante décadas para que o benefício da redução das fraturas se torne evidente. É necessário haver mais investigações sobre os efeitos a longo prazo desses medicamentos.²²

ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO PARA OS INCÔMODOS DA PERIMENOPAUSA

TERAPIAS COMPLEMENTARES/ALTERNATIVAS

Algumas mulheres recorrem a terapias alternativas que as ajudem durante e após a perimenopausa, incluindo ervas medicinais ou extratos botânicos, como cohosh preto, e suplementos alimentares, como produtos de soja. As mesmas perguntas que fazemos sobre medicamentos precisam ser colocadas para qualquer terapia complementar e alternativa: qual é a razão específica para tomar esse medicamento? Existem testes e ensaios clínicos bem desenhados e randomizados que demonstrem eficácia nos propósitos a que se destina? Quais são os efeitos colaterais e prejuízos associados ao medicamento? O medicamento foi recomendado por alguém que pode estar se beneficiando financeiramente com essa venda?

Muitas vezes esses produtos são apresentados como uma forma natural de lidar com incômodos, mas não são respaldados por estudos que comprovem sua eficácia. É possível, também, que esses medicamentos não sejam produzidos em doses ou dosagens corretas, porque não têm aprovação de agências como a FDA ou a Anvisa. Eles podem não ser seguros para todas as pessoas; por isso, lembre-se de informar a sua médica ou médico se estiver tomando medicamentos alternativos – medicamentos aparentemente inofensivos, como erva-de-são-joão ou valeriana, podem interagir com outros medicamentos.

Um extrato de planta chamado cohosh preto é um dos tratamentos para menopausa mais vendidos (é encontrado nas prateleiras de farmácias, como o Remifemin, à base de cimicífuga). Parece ser razoavelmente seguro para mulheres que não têm problemas hepáticos, e alguns estudos mostram benefícios, mas um grande estudo do Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa (*National Center for Complementary and Alternative – NCCAM*) não o considerou mais eficaz do que um placebo. Ginseng, óleo de primula à noite, *dong quai* e vitamina E parecem não reduzir as ondas de calor. Uma revisão completa dos testes e provas pode ser encontrada na página sobre menopausa da NCCAM (nccam.nih.gov/health/menopause, em inglês). A NCCAM resume uma conferência das Instituições Nacionais de Saúde (*National Institutes of Health – NIH*) de 2005 sobre a gestão dos sintomas relacionados à menopausa, dizendo: “Há muito pouca evidência científica de alta qualidade sobre a eficácia e a segurança a longo prazo das terapias com medicamentos complementares e alternativos (MCA) para os sintomas da menopausa. Precisamos de mais pesquisas”.²³

Um fator com que as pesquisas concordam é que a soja nos alimentos tem efeitos estrogênicos fracos; esses fitoestrógenos têm mostrado resultados contraditórios nos estudos de ondas de calor e secura vaginal, provavelmente por causa da diversidade de produtos, bem como variações individuais na forma como as mulheres respondem à

soja. Algumas oncologistas estão preocupadas com a soja para sobreviventes do câncer de mama. Embora os dados não sejam claros, é mais provável que alimentos à base de soja (em vez de suplementos) sejam mais seguros.

PERIMENOPAUSA/MENOPAUSA E MEDICINA OCIDENTAL

Em grande parte da cultura dos Estados Unidos, transições biológicas naturais, como o parto ou a menopausa, são considerados por muitos na área da medicina como problemas de saúde, suscetíveis à necessidade de tratamento através de medicações ou cirurgia. Ironicamente, essa medicalização pode levar tanto a um exagero quanto a uma negligência no tratamento na perimenopausa. O exagero acontece quando médicos prescrevem (e nós pedimos) medicamentos para todos os tipos de problemas da peri ou da pós-menopausa, quando, em muitos casos, um estilo de vida saudável e cuidados pessoais podem ser mais seguros e bem mais eficazes. Quando as articulações se enrijecem e doem, por exemplo, pode ser resultado de um envelhecimento ou da falta de alongamento adequado e de exercício, não apenas desequilíbrios hormonais. Por outro lado, pode haver negligência quando nós e nossas médicas e médicos atribuímos quase todos os sintomas que experimentamos à perimenopausa, ao invés de investigar minuciosamente sintomas que podem apontar para hábitos de vida, condições socioeconômicas de existência e/ou problemas de saúde graves que merecem atenção. Nem tudo que ocorre no corpo de uma mulher mais velha deve ser creditado à menopausa, e sua saúde precisa e merece ser percebida como um todo.

ENCONTRANDO UMA MÉDICA OU UM MÉDICO

Uma medida importante para melhorar o cuidado com sua saúde é estabelecer uma relação com uma pessoa médica cuja filosofia se assemelha à sua, que tenha conhecimentos pertinentes e atualizados e uma mente aberta. Se possível, faça isso antes de a perimenopausa começar. As necessidades físicas das mulheres são tão variadas e individuais quanto suas personalidades. Você precisa de uma pessoa médica que vai ouvir o que você sabe e sente e que lhe dará o tempo necessário para responder suas perguntas completamente e sem preconceitos. Se sua médica ou médico atual não faz isso, peça a amigas, colegas de trabalho e outras profissionais que te recomendem outra pessoa. Se você não pode mudar de especialista, pelo menos fale, faça perguntas e insista em participar plenamente em todas as decisões relativas à sua saúde.

Para aquelas de nós que têm uma transição de menopausa particularmente difícil, encontrar uma especialista em peri e pós-menopausa pode ser útil. A Sociedade de Menopausa da América do Norte (*North American Menopause Society* – NAMS) tem um processo de certificação para essas médicas e médicos, e o site da instituição (menopause.org) pode te dar mais informações. As médicas e médicos da NAMS tendem

a praticar uma medicina convencional. Profissionais de medicamentos complementares e alternativos (MCA) têm experiência ajudando mulheres a navegar a transição da menopausa com outras abordagens. Se profissionais alternativos sugerirem tratamentos não aprovados pela FDA – ou pela Anvisa, no caso brasileiro – e/ou tratamentos menos convencionais, não se esqueça de solicitar referências de pesquisa confiáveis que apoiem a recomendação antes de tomar suas decisões.

PLANOS DE SAÚDE E ACESSO A ASSISTÊNCIA MÉDICA

Nos Estados Unidos, a legislação nacional de saúde promulgada em 2010 – a Lei de Proteção dos Pacientes e Assistência Médica Acessível (*Patient Protection and Affordable Care Act* – PPACA) – levou a uma melhor cobertura de certos serviços utilizados por mulheres na peri e pós-menopausa. Muitas mulheres na meia-idade nos Estados Unidos não estão cobertas por seguro de saúde porque são muito jovens (têm menos de 65 anos) ou não são pobres o suficiente para a assistência médica gratuita. Vale lembrar que os Estados Unidos são o único país industrializado do mundo que não oferece acesso universal à assistência básica de saúde. Ou seja, não há um sistema de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que prevê atendimento à saúde de maneira universal e gratuita. Nos Estados Unidos, como a maior parte dos seguros de saúde está ligada a benefícios oferecidos por empresas e empregadores, mas sem nenhuma obrigatoriedade, as pessoas desempregadas, bem como muitos trabalhadores, não estão seguradas. Muitas mulheres perdem o seguro de saúde após o divórcio. É cada vez mais difícil manter empregos à medida que envelhecemos. Além disso, somos criticadas por necessitarmos dos chamados direitos, como seguridade e previdência social, assistência médica e benefícios para pessoas com deficiência, embora, em muitos casos, tenhamos contribuído para esses fundos durante muitos anos. A assistência médica gratuita (Medicare) é criticada por ser muito cara, quando deveria ser considerada um modelo de sistema de seguro de saúde universal, pago pelas pessoas contribuintes.

No Brasil, o surgimento do SUS remonta à Constituição de 1988, que, em seu artigo 196, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. A lei de criação desse sistema é, entretanto, do ano de 1990. É importante destacar que a demanda por um sistema único de saúde que atendesse a todas e todos sem discriminação e que tivesse especial atenção com a saúde da mulher foi demanda apresentada na “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”, de 1987, um documento histórico e muito importante do movimento feminista brasileiro. Para conhecer mais sobre a história da Carta, leia o livro “Feminismo, ações e história das mulheres”, de Amelinha Teles, uma das autoras da Carta.

A Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes e o direito à saúde

1. O princípio “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, na especificidade “mulher”, deve garantir que as ações de saúde prestadas à população sejam entendidas como atos de coparticipação entre todos e o Estado, envolvendo direitos e deveres de ambos.
 - 1.1 Criação de um Sistema Único de Saúde constituído a partir de uma nova política nacional de saúde e implementado por serviços públicos de saúde coletiva e assistência médica integrados; submetendo-se os serviços privados às diretrizes e ao controle do Estado.
 - 1.2 O Sistema Único de Saúde deve ser gerido e fiscalizado pela população organizada, que, através de Conselhos Comunitários, deverá participar das decisões sobre programas e financiamentos.
2. Garantia de assistência integral à Saúde da Mulher em todas as fases de sua vida, independentemente de sua condição biológica de procriadora, através de programas governamentais discutidos, implementados e controlados com a participação das mulheres.
3. Proibição de toda e qualquer experimentação com mulheres e homens, de substâncias, drogas, meios anticoncepcionais, que atentem contra a saúde e não sejam de pleno conhecimento dos usuários nem fiscalizados pelo poder público e pela população.
 - 3.1 Fiscalização de produção, venda, distribuição e comercialização de meios químicos e hormonais de contracepção, proibindo a comercialização de drogas em fase de experimentação por empresas nacionais ou multinacionais.
4. Garantia a todos os cidadãos, homens e mulheres, contribuintes ou sujeitos de direito, da igualdade de tratamento em todas as ações da Previdência Social.
5. Será vedado ao Estado e a entidades nacionais e estrangeiras toda e qualquer ação impositiva que interfira no exercício da sexualidade. Da mesma forma, será vedado ao Estado e a entidades nacionais e estrangeiras, públicas ou privadas, promover o controle da natalidade.
6. Será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre o seu próprio corpo.
7. Será garantido à mulher o direito de amamentar seus filhos ao seio.
8. O Estado reconhecerá à maternidade e à paternidade relevante função social, garantindo aos pais os meios necessários a educação, creche, saúde, alimentação e segurança de seus filhos.
9. Garantia de livre opção pela maternidade, compreendendo-se tanto a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto como o direito de evitar ou interromper a gravidez sem prejuízo para a saúde da mulher.

10. É dever do Estado oferecer condições de acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais, usando metodologia educativa para esclarecer os resultados, indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens, alargando a possibilidade de escolha adequada à individualidade de cada mulher e ao momento específico de sua história de vida.²⁴

Com a Constituinte de 1987, houve um avanço significativo em termos trabalhistas. Na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por exemplo, o sexo, a idade, a cor ou a situação familiar passaram a não poder ser determinantes para fins de remuneração, formação profissional e oportunidades de ascensão profissional (art. 373-A, III da CLT). Também passou a ser obrigatória a adoção de medidas de proteção ao trabalho das mulheres, por ser considerada medida de ordem pública, não justificando, em hipótese alguma, a redução de salário (art. 377, CLT).

Mais tarde, outras leis vieram; entre elas, a do atendimento prioritário, conferido às pessoas com deficiência, aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, às gestantes, às lactantes, às pessoas com crianças de colo e aos obesos em repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos; instituições financeiras; e empresas públicas de transporte e concessionárias de transporte coletivo, que passaram a ter a obrigação de reservar assentos devidamente identificados. (arts. 1º a 3º da Lei n. 10.048, de 2000).

Em relação à saúde das mulheres, nos dias atuais, o SUS e sua ampliação de programas representam uma grande garantia de acesso aos recursos médicos e tratamentos de maneira democrática e pública. Apesar dos constantes ataques ao SUS, dos desmontes sofridos e das disputas políticas, embates e polêmicas, os mais diversos movimentos sociais se mantêm firmes na luta pela garantia e pela melhoria do acesso a informações e tratamentos adequados à saúde das mulheres.

Entrevistas concedidas por mulheres públicas aos meios de comunicação, colaborações em pesquisas acadêmicas e mesmo aquela conversa com uma mulher idosa da família ou do círculo de amigas revelam importantes demandas e questionamentos para que transformemos nossas práticas e possamos oferecer maior compreensão e acolhimento às idosas. A seguir, confira alguns depoimentos de mulheres idosas recolhidos na pesquisa “Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado”,²⁵ em que se observa um olhar consciente sobre a importância do “cuidar-se” e um olhar crítico no que se refere ao acesso e à informação sobre tratamentos.

Acho muito importante a assistência na saúde (...) mas, às vezes, fica a desejar (...). Demora de três a quatro meses para poder agendar um exame ou uma consulta. Eu acho que isso é a maior necessidade da gente.

O esclarecimento e a informação são básicos. O profissional fala assim: tem que tomar a vacina da gripe, porque ela é importante, mas por que ela é importante? (...) Não se deve dar somente assistência, mas também esclarecimentos.

Não me considero bem cuidada (...), existe muito descaso. Se, na consulta, a gente reclama de uma dor, aí falam assim: “ah, é da idade!”. Se é da idade, vamos cruzar os braços e não vamos fazer mais nada?

OPÇÕES DE TRATAMENTO MÉDICO NÃO HORMONAL

Para aquelas de nós que tentaram as abordagens não médicas, que optaram por não usar a terapia hormonal (TH), mas que ainda têm problemas que desorganizam seriamente o trabalho, o sono ou os relacionamentos, há tratamentos não hormonais que atuam sobre muitos dos desconfortos da perimenopausa e sobre outros também. Alguns deles são aprovados pela FDA ou pela Anvisa, e outros não possuem registro, o que significa que pessoas médicas podem prescrevê-los para utilizações não aprovadas explicitamente pelas agências reguladoras.

Vale lembrar que as empresas farmacêuticas comercializam agressivamente vários medicamentos não tradicionais para tratar muitos problemas de saúde que anteriormente eram tratados com estrogênio. Esses medicamentos incluem bifosfonatos contra perda óssea (ver, anteriormente, os mencionados riscos graves dos bifosfonatos); medicamentos anti-inflamatórios para dor articular, fluxo pesado e cólicas; antidepressivos para ondas de calor e problemas de humor; remédios para insônia; estatinas para colesterol elevado; e assim por diante. Muitos desses medicamentos são ainda bem menos compreendidos do que a TH para uso de longo prazo. Se você tem sintomas de incômodo, mas decide não recorrer à TH, peça mais opções a uma médica experiente, mas preste muita atenção a todos os medicamentos que você já vem tomando para ter conhecimento sobre os potenciais riscos de interação desses medicamentos com outros que você vier a tomar.

Na região Centro-Oeste e no Norte do país, as feiras locais também possuem barracas com ervas frescas e secas e as chamadas “garrafadas”, que consistem em beberagens tradicionais da região, feitas a partir de uma mistura de ervas. Algumas servem para aliviar os calores e fazer diversos tipos de “limpeza” do corpo, inclusive dos órgãos reprodutivos femininos. Os produtos são chamados por diversos nomes, como “garrafada de limpeza do útero”, uma referência às mudanças que ocorrem na menopausa. É preciso um cuidado reiterado com a aquisição de ervas e beberagens, já que, mesmo sendo tradicionais da cultura local, suas condições sanitárias de produção e armazenamento devem ser observadas para que não causem doenças.

São, no entanto, uma solução válida e culturalmente aceita em várias partes do país; com os devidos cuidados, podem trazer benefícios para a saúde da mulher que busca alternativas não farmacológicas para sua saúde de mulher idosa.

O uso dos saberes tradicionais é de ordem cultural e prática, tendo em vista a carência de atendimento à saúde que ocorre em determinadas regiões do país. No caso das populações das diversas etnias indígenas que vivem no território brasileiro, o uso da medicina tradicional fundamentada no conhecimento das plantas é um recurso importante. Além disso, as compreensões sobre o corpo e o ciclo reprodutivo variam de acordo com os povos indígenas, para muitos dos quais é importante o conhecimento das mulheres mais velhas, como demonstra a entrevista publicada no Portal Catarinas com Suliete Baré, do Povo Baré do Rio Negro, Comunidade Indígena Tapereira, que pertence ao município de Santa Isabel do Rio, no noroeste do Amazonas. Suliete é integrante do movimento indígena e da luta pelos direitos das mulheres indígenas, cursa mestrado em Direitos Humanos e Cidadania na UnB:

Cada povo tem sua cultura, tem sua tradição. Nós, enquanto indígenas, principalmente do meu Povo Baré, da maneira que eu fui criada, a gente começa a ter o primeiro respeito com corpo desde menina, começando pela nossa alimentação, por exemplo, até o período menstrual. A gente passa por vários processos de inserção de alimentos na nossa adolescência a partir da nossa primeira menstruação. Tem um ritual de comer pimenta benzida na primeira menstruação e todo processo de cuidado com corpo por meio do benzimento e [da] alimentação. Todo esse processo de cuidado e respeito com o nosso corpo é passado pelas mulheres mais velhas das nossas aldeias ou comunidades. No meu caso foi pela minha vó, mãe e tias. Tem um processo de diálogo na nossa primeira menstruação que a gente recebe das mulheres mais velhas. Elas conversam sobre como é a questão da vida adulta de uma mulher. Hoje, a gente fala “dando conselho”, mas na verdade é uma orientação que elas nos passam, porque a partir da nossa primeira menstruação somos consideradas mulheres.²⁶

TERAPIA HORMONAL: SIM OU NÃO?

Para muitas mulheres, abordagens não médicas de autoajuda podem aliviar o desconforto da perimenopausa. Para outras, é necessário um equilíbrio entre soluções médicas e não médicas, e profissionais de saúde bem-informadas podem ser parceiras importantes na reflexão sobre essas opções. Nós também temos de estar bem-informadas como consumidoras, porque há muitas questões sem resposta sobre a segurança da TH, que é um dos tratamentos médicos mais básicos oferecidos às pacientes.

O que segue são seções que incluem a história e a política da TH, o que sabemos até agora das pesquisas sobre questões de segurança e um debate sobre as opções que podem ser apresentadas a todas nós.

Até recentemente, tomar hormônios para desconfortos da perimenopausa e da menopausa era chamado de terapia de reposição hormonal (TRH). Esse termo fez parecer que as mulheres na menopausa estão perdendo algo – que são, de alguma forma, deficientes sem os hormônios que tinham na juventude. No entanto, a maioria das reposições hormonais prescritas hoje não fornece os mesmos níveis de hormônios que nossos óvulos estavam produzindo durante os nossos anos menstruais. O termo “terapia hormonal” (TH) evita a implicação de que todas as mulheres devem estar substituindo algo essencial que está faltando agora.

TERAPIA HORMONAL: BREVE HISTÓRIA E POLÍTICA

Você pode ter ouvido sobre a Iniciativa da Saúde da Mulher (*Women's Health Initiative* – WHI), que realizou um grande estudo sobre o uso de TH por mulheres durante e após a transição para a menopausa. O estudo da WHI terminou três anos mais cedo (em 2002), porque já havia documentado sérios riscos para a saúde das mulheres que certas formas de TH comumente usadas representavam. Desde então, tem havido contínuas discussões e controvérsias sobre o que o estudo da WHI realmente provou sobre os perigos da TH e o que ele não provou. Para entender o que o estudo da WHI pode significar para decisões referentes aos cuidados de saúde antes e depois da menopausa, pode ser útil conhecer a história da TH, que ilustra muitas lições sobre assistência médica, ciência, capitalismo e lucro na medicina e na saúde das mulheres. Para ver os resultados do estudo, visite o site das Instituições Nacionais de Saúde (*National Institutes of Health* – NIH, nhlbi.nih.gov/whi).

O que toda mulher deve fazer ao considerar a TH

Cada mulher que avalia fazer uso de terapia hormonal deve buscar informações e encontrar uma pessoa profissional médica bem informada e que não seja excessivamente influenciada pelo marketing da indústria farmacêutica e nem pelas possibilidades de ganhos financeiros (como viagens pagas por laboratórios). A profissional de saúde deve pesar cuidadosamente os riscos e os benefícios para a sua situação. De acordo com a maioria dos atuais conselhos de especialistas nos Estados Unidos, se você decidir usar a TH, recomenda-se usar a menor dose pelo menor período de tempo possível, fazer a diminuição gradualmente e, quando você parar, reavaliar a terapia regularmente com sua médica ou médico. Se tiver histórico de doença cardíaca, coágulos sanguíneos ou câncer de mama, você será provavelmente aconselhada a não fazer TH. Ter antecedentes familiares de problemas de coagulação ou câncer de mama

(especialmente câncer de mama na pré-menopausa) também pode colocá-la em maior risco de complicações na TH. Avalie seu histórico pessoal e familiar com sua médica ou médico.

Em 1942, a FDA aprovou o Premarin, um produto de estrogênio, feito a partir da urina de éguas prenhes, para o tratamento de ondas de calor. Empresas farmacêuticas logo começaram a comercializar o estrogênio como uma pílula mágica, não só para alívio a curto prazo de ondas de calor, suores noturnos e secura vaginal, mas também para manter a juventude, prevenir doenças associadas ao envelhecimento e manter as mulheres “femininas para sempre”, sem evidências científicas sobre efeitos a longo prazo.²⁷ Então, em 1975, tornou-se claro que o estrogênio administrado sem progesterona causava um aumento dramático de câncer do endométrio (camada que reveste o útero), e esse foi o primeiro grande choque a respeito da TH. Após esse tempo, progestinas (formas sintéticas de progesterona) foram adicionadas à TH padrão para mulheres com útero para prevenir o crescimento excessivo do revestimento uterino que pode levar ao câncer.

O livro de Barbara Seaman, de 1977, *Women and the Crisis in Sex Hormones* (As mulheres e a crise dos hormônios sexuais, sem tradução no Brasil) sugeriu que o tratamento hormonal para a menopausa poderia causar câncer de mama, derrame e coágulos sanguíneos. Apesar de Seaman e o crescente movimento pela saúde da mulher ter advertido contra a promoção exagerada dos hormônios, as falhas nas pesquisas e os esforços de marketing da indústria farmacêutica na década de 1990 empurraram a TH para a prevenção de uma variedade de males, doenças cardiovasculares e osteoporose, Alzheimer, câncer de cólon, perda de dentes e a degeneração macular relacionada à idade (DMRI). A TH baseada em estrogênio para a perimenopausa e para a menopausa tornou-se o tratamento mais prescrito no país.

Na década de 1990, alguns estudos observacionais, nos quais mulheres que optaram por fazer ou não fazer TH foram acompanhadas durante um período, sugeriram que a TH prevenia doenças cardíacas, enquanto outros estudos sugeriram que a TH aumentava o risco de câncer de mama e coágulos sanguíneos. A maioria dos profissionais médicos, incluindo muitos que receberam financiamento da indústria farmacêutica, defenderam hormônios para todas as mulheres, argumentando que muito mais mulheres morreram de doenças cardíacas do que de câncer de mama. Nos estudos observacionais, mulheres mais saudáveis tinham maior probabilidade de tomar hormônios, o que poderia distorcer os resultados; isso também influenciou as práticas de prescrição de médicos e médicas.

O primeiro ensaio clínico de controle randomizado que desafiou a teoria de que a TH era benéfica para doenças cardíacas foi o estudo “O coração e a reposição de estrogênio/progestina” (HERS, sigla em inglês para *Heart and Estrogen/progestin*

Replacement Study),²⁸ conduzido em mulheres com doença cardiovascular, em que mulheres mais velhas com doença cardíaca fizeram TH ou utilizaram placebo. Em 1998, o HERS não encontrou nenhum benefício nos medicamentos mais vendidos para TH na prevenção de eventos cardiovasculares. Houve uma ausência crítica de pesquisa confiável para nos dizer se a TH preveniu, ou não, a doença cardíaca e se deveria ser recomendada a todas as mulheres.

Em 1993, a WHI se propôs a responder essa pergunta. A WHI cadastrou mulheres com idades entre 50 e 79 anos em um grande teste randomizado, com duração de 13 anos, para estudar o PremPro, a combinação mais usada de estrogênio e progestina. Em 2002, o ensaio foi interrompido precocemente porque tinha demonstrado mais câncer de mama, acidente vascular cerebral, doença cardiovascular e coágulos sanguíneos nas mulheres medicadas com hormônios. A continuação do estudo foi considerada antiética por causa dos efeitos, muito embora as mesmas mulheres tivessem menos câncer de cólon e menos fraturas. A parte do estudo que abordava apenas o estrogênio (ou seja, em que a progestina não foi prescrita, porque aquelas mulheres tinham feito histerectomias e não precisavam de proteção da progestina no útero) também mostrou um aumento nos coágulos sanguíneos e acidente vascular cerebral, embora fraturas tivessem sido prevenidas. Não foi demonstrado um aumento significativo no câncer de mama para o estrogênio isolado. Mulheres que receberam somente estrogênio não apresentaram alterações quanto ao risco de câncer colorretal. A TH administrada em mulheres com 65 anos de idade ou mais não ofereceu proteção contra problemas cognitivos brandos; ao contrário, houve um ligeiro aumento do risco de demência.

Com a divulgação dos resultados da WHI, muitas mulheres se sentiram indignadas e perplexas, em especial as que foram submetidas a TH (durante anos em alguns casos), visto que os resultados pareciam indicar que elas tinham sido enganadas no que diz respeito tanto aos benefícios quanto aos riscos do uso de medicamentos. Muitas mulheres interromperam abruptamente a TH, preferindo ter de lidar com as ondas de calor e outros desconfortos a continuar com o uso de medicação.

Ao passo que a análise de grande quantidade de dados coletados continua, a interpretação dos resultados da WHI gera debates acirrados. A WHI testou apenas o estrogênio sintético Premarin, feito a partir de urina de éguas prenhes, e o PremPro, que é uma combinação de Premarin e Provera (acetato de medroxiprogesterona). Essa é uma importante limitação de escopo. Esses produtos eram usados pela maioria das mulheres americanas que haviam se submetido à TH. A escolha de Premarin e PremPro para a realização do estudo da WHI foi, em parte, influenciada pela doação desses produtos pela então Wyeth-Ayerst, atualmente Pfizer. Assim, questões sobre a segurança e a eficácia de outras formulações hormonais, modelos terapêuticos e métodos de aplicação, como adesivos, não foram contemplados pela pesquisa da WHI.

Um terço das mulheres no estudo da WHI estava na casa dos 50 anos, o que tornou esse estudo randômico controlado o maior já feito com mulheres dessa faixa etária. A maioria das participantes havia tido seu último ciclo menstrual há mais de uma década. Isso suscita a questão de se os resultados do estudo seriam relevantes apenas para mulheres de mais idade. Uma análise posterior dos resultados de mulheres recém-menopáusicas revelou um perfil de segurança um pouco melhor.

Os resultados da WHI contribuíram para que fosse superada a ideia de que a menopausa abre um período de deficiência de estrogênio e que a reposição hormonal é necessária. Ao contrário, os baixos níveis de hormônios reprodutivos são normais e não necessariamente problemáticos.

A compreensão da TH continua mudando e as manchetes de amanhã poderão contradizer as de hoje. Até lá, a propaganda da indústria farmacêutica, feita durante décadas, continuará influenciando tanto mulheres quanto profissionais da área de saúde. Ouviremos muitas alegações nos próximos anos, tanto contra quanto a favor, a respeito de diversos produtos, inclusive os vendidos sem receita médica e que não são regulados pela FDA. Fique atenta, também, para propagandas que buscam redimir a imagem na mente das pessoas a respeito do PremPro. É verdade que o estudo da WHI teve muitas falhas, mas é também verdade que estrogênio equino e progestinas quimicamente alteradas já não parecem ser as melhores opções. Enquanto as pesquisas não identificarem os riscos e benefícios das várias terapias hormonais disponíveis, as mulheres devem manter-se céticas a respeito de alegações não comprovadas.

A controvérsia em torno da TH levanta questões bioéticas importantes. Acredita-se comumente que, em se tratando de populações saudáveis, o uso de medicamentos cuja eficácia não foi comprovada deveria seguir padrões mais estritos do que os padrões para tratamento de pessoas que estão doentes e que estão dispostas a aceitar riscos na esperança de uma cura. A promoção da venda de bifosfonatos para tratamento de mulheres portadoras de osteopenia é um exemplo de incitação ao uso de drogas para condições não classificadas como doença, como foi a promoção, anterior ao estudo da WHI, da TH para prevenção de possíveis problemas de saúde.

A perimenopausa e a menopausa não são doenças, de modo que não há motivos para nos empurrarem remédios se estamos nos sentindo bem. Por outro lado, há mulheres que não se sentem saudáveis durante esse período, então é importante ter alternativas de tratamento. Qualquer medicamento, sejam hormônios ou drogas recentes, tais como bifosfonatos, antidepressivos e estatinas, podem acarretar efeitos negativos não previstos. Assim, toda decisão de usar hormônios ou outro medicamento tem de ser resultado de uma avaliação pessoal, bem fundamentada, de seus potenciais riscos e benefícios. Essa decisão deve ser reavaliada regularmente à medida que mais informações são descobertas a respeito das drogas e de seus efeitos. Além disso, os

procedimentos e cuidados para essa etapa da vida dependem de vivências pessoais e condições socioculturais das mulheres.

No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece e desenvolve o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos, com foco na inserção de fitoterapia no SUS, em que também estuda plantas para o alívio de sintomas do climatério.

Fitoterapia no SUS

Como estratégia global para a medicina tradicional e para a medicina complementar e alternativa para os anos de 2002 a 2005, a OMS reforçou o compromisso de estimular o desenvolvimento de políticas públicas a fim de inseri-las no sistema oficial de saúde de seus 191 Estados-membro. Em maio de 2005, a entidade publicou o documento Política Nacional de Medicina Tradicional e Regulamentação de Medicamentos Fitoterápicos, em se que discute a situação mundial a respeito das políticas de MT e fitoterápicos, inclusive [n]o Brasil.

A inclusão brasileira decorre do fato de o país ter a maior diversidade genética vegetal do mundo – com cerca de 55.000 espécies catalogadas de um total estimado entre 350.000 e 550.000 espécies – e, também, por possuir uma ampla tradição no uso das plantas medicinais, vinculada ao conhecimento popular transmitido oralmente por gerações. Para Ferreira (1998), apesar da riqueza da flora brasileira e da ampla utilização de plantas medicinais pela população, há consenso sobre a insuficiência de estudos científicos acerca do assunto.

Portanto, torna-se necessário estimular a realização desses estudos, tendo em vista a importância dos seus resultados individuais e sociais. Para atender às recomendações da OMS, Matos (2000) propõe, numa primeira abordagem, a associação do trabalho de validação das propriedades medicinais com base na análise das formas de conhecimento empírico e científico.²⁹

OS HORMÔNIOS NÃO SÃO TODOS IGUAIS

É comum o uso intercambiável de termos como estrogênio, hormônios e terapia de reposição hormonal como se todos tivessem o mesmo significado. Entretanto, as pesquisas iniciadas pela WHI demonstram que os graus de risco podem aumentar ou diminuir de acordo com a terapia aplicada. Se você optar pelo uso de hormônios, é importante saber quais são as diferenças entre eles. Fatores como o tipo de hormônio, a pessoa que o usa, quando e como é feito esse uso podem ser decisivos na avaliação de muitas questões de segurança e benefícios da TH. Durante a leitura das informações a seguir, tenha em mente que ainda é necessário que se pesquise muito antes de se poder afirmar com segurança que determinado tipo de TH é arriscado ou benéfico. Além disso, pessoas diferentes podem reagir de modos diferentes à TH.

Estrogênios

Os três tipos mais importantes de estrogênios produzidos naturalmente pelo organismo feminino, principalmente pelos ovários, são o estradiol, o estriol e a estrona. O estradiol é o estrogênio predominante durante os anos de pré e perimenopausa, ao passo que a estrona predomina depois da menopausa. O estriol é um estrogênio humano fraco encontrado em quantidades significativas apenas durante a gravidez. Alguns clínicos acreditam que o estriol é mais seguro para as mamas do que o estradiol, embora não exista forte evidência baseada em dados a favor ou contra o uso do estriol. A produção da estrona ocorre quando a gordura interage com os estrogênios suprarrenais depois da menopausa. Isso talvez explique por que mulheres com elevado índice de massa corporal estão mais sujeitas a cânceres relacionados ao estrogênio, como de mama e de endométrio.

A terapia de estrogênio na perimenopausa é uma dentre muitas questões cruciais sobre as quais há muitas opiniões e pouca pesquisa. Há quem acredite que terapias à base de estrogênio, incluindo o uso de contraceptivos administrados por via oral, sejam potencialmente perigosas. Essas pessoas argumentam que os níveis médios de estrogênio mais elevados durante a perimenopausa, com picos ocasionais de duas ou três vezes mais do que os níveis durante a pré-menopausa, são um fator de risco. Por outro lado, existem médicas e médicos com larga experiência no tratamento sintomático aparentemente bem-sucedido da perimenopausa com o uso de contraceptivos administrados por via oral e de outros estrogênios.

Use com mais cautela: estrogênio em comprimidos

O uso de comprimidos de estrogênio derivado da urina de éguas prenhes (estrogênio equino composto, de nome comercial Premarin) é frequente nos Estados Unidos. Outros estrogênios de administração por via oral contêm o estrogênio primário produzido pelo organismo de mulheres durante a fase reprodutiva (estradiol), sintetizado em laboratório a partir de plantas. Os comprimidos eram a única opção quando, há algumas décadas, a terapia de estrogênio se tornou comercialmente disponível. Agora, sabe-se que, durante o processamento do estrogênio administrado por via oral, o fígado é instruído a produzir proteínas coagulantes que aumentam as chances de formação de coágulos sanguíneos. Mesmo no caso de comprimidos de estradiol, que não é feito à base de urina de éguas prenhes, a passagem pelo fígado converte o estradiol em outras substâncias, como a estrona, e estimula a produção de proteínas prejudiciais pelo fígado.

Uma escolha possivelmente melhor: administração cutânea de estrogênio

Há dados que indicam que o estrogênio administrado por via cutânea (estradiol transdérmico) não é processado pelo fígado e tem menores chances de causar coágulos sanguíneos e derrames do que os comprimidos, mesmo no caso de comprimidos

de estradiol. Porém, o estrogênio transdérmico parece acarretar o mesmo risco de câncer de mama que o estrogênio administrado por via oral.

Procure produtos transdérmicos que contenham estradiol e que são distribuídos na forma de estrogênios em gel, como EstroGel e Divigel, em spray, o Evamist, e em vários adesivos. Os perfis de risco desses medicamentos são semelhantes, de modo que a escolha por um deles seria feita pelos critérios de custo e conveniência. Dois benefícios dos adesivos são que eles liberam o hormônio regularmente ao longo do dia e a maioria pode ser cortada para ajustar ou reduzir vagarosamente sua dose. Em caso de irritação na pele em função do uso de um adesivo, peça a sua médica ou médico para tentar com outro.

Vale notar que cremes de estrogênio que podem ser comprados sem receita não podem conter estradiol, mas podem conter o estrogênio mais fraco chamado estriol. Seus pontos fortes e padronização variam.

Outra opção: anel vaginal de estrogênio

Um anel de plástico macio libera o estradiol na vagina ao longo de três meses. Essa seria uma opção para mulheres que se sentem confortáveis com o anel, que não é muito diferente de um absorvente interno. O Estring, de ação restrita à região vaginal, é projetado para mulheres que tenham apenas sintomas vaginais, tais como secura. O Femring é produzido com doses maiores de hormônio para funcionar sistematicamente e abranger o organismo inteiro.

Progestogênios (produtos do tipo progesterona): naturais e sintéticos

Mulheres com útero que se tratam com estrogênio devem combinar o uso de estrogênio com um progestogênio. A progesterona administrada imita a progesterona produzida pelo corpo e impede o crescimento exacerbado do revestimento uterino, que poderia levar ao câncer de endométrio. Alguns médicos administram a progesterona isoladamente para tratar de desconforto e irregularidades decorrentes do baixo nível de progesterona na perimenopausa (veja, mais adiante, a seção “O que dizer do uso de progesterona isoladamente?”).

Alguns progestogênios são bioidênticos ou idênticos aos encontrados no corpo humano. Outros, chamados de progestinas, são versões sintéticas quimicamente alteradas, cuja semelhança com a progesterona está apenas no modo como atuam sobre o revestimento uterino e preservam a gravidez (veja, mais adiante, a seção “Hormônios bioidênticos e farmácias de manipulação”).

Usar com mais cautela: acetato de medroxiprogesterona (Provera)

Tanto no estudo controlado feito pela WHI quanto em grandes estudos observacionais realizados na Inglaterra e na França, a administração conjunta dessa progestina

sintética com estrogênio fez aumentar o risco de câncer de mama – ou parece estar relacionada com esse aumento. O Provera está também presente na formulação do PremPro e é fortemente divulgado como TH nos Estados Unidos.

Uma progestina provavelmente mais segura: DIU de liberação de progestina

O DIU (dispositivo intrauterino) liberador de progestina (Mirena) libera uma pequena dose de progestina que atua principalmente no útero. Trata-se de um tratamento eficaz para muitas mulheres acometidas por fortes sangramentos. Visto que as doses liberadas são pequenas e de atuação localizada, ele evita alguns dos riscos e efeitos colaterais associados ao uso da progestina em comprimidos. Algumas mulheres, porém, relatam efeitos sistêmicos associados ao uso de Mirena, como dores de cabeça e acne. Algumas pessoas médicas prescrevem Mirena para administrar progestinas em mulheres que estão recebendo TH, mas esse uso não é aprovado pela FDA.

Uma escolha possivelmente melhor: progesterona bioidêntica micronizada de uso oral ou vaginal

Fazer com que a progesterona natural, não alterada quimicamente, sobrevivesse ao trato digestivo permaneceu um mistério por muitos anos. Assim, as companhias farmacêuticas inventaram versões modificadas que não apenas resistiram ao trato digestivo, mas que também tiveram a vantagem comercial de serem patenteáveis. Só a partir dos anos 1980, as pesquisadoras e os pesquisadores perceberam que poderiam reduzir a progesterona sintética a partículas extremamente finas (micronizá-la), misturá-la ao óleo e colocá-la em cápsulas de gel para evitar sua degradação pelo trato digestivo.

O Prometrium, cujo uso foi aprovado em 1998, foi o primeiro e único (até agora) produto à base de progesterona aprovado nos Estados Unidos. Por volta da mesma época, o Provera e outras progestinas quimicamente alteradas eram o padrão de prescrição, de modo que o uso de progesterona micronizada é menos difundido nos Estados Unidos do que na Europa, pelo menos até agora. A progesterona bioidêntica micronizada tem a mesma estrutura molecular da progesterona produzida pelo organismo e seu uso pode representar menos risco de câncer de mama do que o uso de progestinas sintéticas, como é o caso do Provera.

O Prometrium é dissolvido em óleo de amendoim e acondicionado em cápsulas de gel de 100 ou 200 mg. Mulheres alérgicas ao amendoim podem obter em farmácia de manipulação a fórmula com azeite de oliva em lugar de óleo de amendoim, com doses e taxa de absorção similares. Uma terceira opção seria o gel vaginal de progesterona chamado Crinone, que é caríssimo.

A WHI verificou aumento no número de casos de câncer de mama associado ao uso combinado de estrogênio e progesterona, o que não se verificou no uso isolado de estrogênio. Portanto, existe a suspeita de que a progesterona possa causar o

câncer de mama, ainda que apenas a progestina Provera tenha sido usada no estudo. Entretanto, em um estudo observacional abrangente com mulheres europeias, o uso combinado de Prometrium com estrogênio não foi associado ao aumento de risco de câncer de mama. Por outro lado, o uso isolado de estrogênio e o uso combinado de estrogênio e progestina foram associados ao aumento do risco de câncer de mama. Isso harmoniza com achados de estudos sobre células de animais e de humanos que indicam que progestinas quimicamente alteradas e progesterona têm efeitos diferentes sobre crescimento celular, sensibilidade a insulina e outros fatores de risco de câncer de mama.

As reações à progesterona variam. Uma dose que produza um efeito calmante em uma mulher pode causar depressão leve em outra, como se ela estivesse com TPM. Por isso, pode ser necessário experimentar doses e vias de administração (oral ou vaginal) diferentes. As cápsulas de Prometrium podem ser usadas por via vaginal, com liberação constante e mais lenta de hormônios e efeito sedativo menos intenso.

O que dizer do uso isolado de progesterona?

Há médicas e médicos que acreditam que a redução nos níveis de progesterona em relação aos de estrogênio, durante a perimenopausa, seja um dos fatores mais importantes dos sintomas da perimenopausa, e que a administração de progesterona seja, em muitos casos, a melhor opção terapêutica. Tanto as progestinas quanto a progesterona natural produzidas em laboratório podem auxiliar no controle do sangramento errático durante a perimenopausa. Além disso, estudos controlados randomizados indicam que 300 mg de Prometrium, antes de dormir, reduzem mais as ondas de calor em mulheres pós-menopáusicas saudáveis, com peso normal, do que um placebo. O Centro de Pesquisa sobre Ciclo Menstrual e Ovulação (*Centre for Menstrual Cycle and Ovulation Research – CeMCOR*), em Vancouver, no Canadá, iniciou testes similares para controle de ondas de calor em mulheres na perimenopausa. Quando administrado por via oral, o Prometrium age como sedativo, reduzindo o número de interrupções e melhorando a qualidade geral do sono. Para isso, alguns profissionais médicos recomendam a dose de 300 mg, o que mantém os níveis de progesterona dentro do normal na corrente sanguínea na segunda metade do ciclo. Já outros sugerem tentativas iniciais com dose de 100 mg. Tomar o Prometrium antes de dormir evita tonturas. Em geral, os efeitos sedativos terão passado na manhã seguinte. Caso esteja com déficit de sono ao iniciar o tratamento, você pode se sentir letárgica ou cansada pela manhã, porque seu corpo está tentando recuperar o sono perdido.

Progesterona em creme: usar com cautela

Os cremes de progesterona elaborados em farmácias de manipulação são produzidos a partir de progesterona natural, que pode apresentar uma relação risco-segurança

mais favorável do que a da progestina. Entretanto, é difícil determinar a dose certa, porque os níveis sanguíneos não refletem a real exposição dos tecidos. Se os cremes de progesterona forem usados como parte da TH combinada de estrogênio-progesterona em substituição à progesterona oral, a dose de progesterona nesses cremes pode não ser suficiente para proteger o revestimento vaginal contra o risco de câncer relacionado ao estrogênio. Por isso, a opção por cremes de progesterona não é das mais seguras. Por outro lado, o uso isolado de cremes de progesterona pode ser eficaz no controle das ondas de calor durante a menopausa. No caso de cremes de progesterona vendidos sem receita, o controle de qualidade é inexistente e o creme tanto pode conter índices muito elevados quanto absolutamente nenhuma progesterona.

Combinação de produtos

Existem diversas combinações de produtos para terapias hormonais com estrogênio e progestina (nenhum contém progesterona). Embora possam parecer convenientes, esses produtos restringem as possibilidades de dosagem hormonal cuidadosa e individualizada que a pessoa profissional médica é capaz de fazer.

PremPro: usar com cautela

O PremPro, que tem sido a TH mais usada nos Estados Unidos ao longo de muitos anos, combina Premarin (à base de estrogênios equinos combinados) e Provera (uma progestina). Os estudos da WHI indicaram que o uso de estrogênios com progestinas por via oral acentuou significativamente o risco de derrames e de coágulos sanguíneos nos pulmões e nas pernas, além de tendência aumentada para o câncer de mama. Um estudo secundário sobre memória feito pela WHI indicou que o uso de PremPro por mulheres com mais de 65 anos de idade acentuou o risco de desenvolvimento de demência.

Adesivos: convenientes, mas não comprovadamente mais seguros

Adesivos com a combinação de estrogênio e progestina, como CombiPatch e Climara Pro, contêm uma progestina sintética derivada de hormônio masculino (acetato de noretindrona ou levonorgestrel) com estrogênio transdérmico. Embora não se tenha provado que os adesivos são mais seguros do que as combinações orais de estrogênio com progestina, algumas mulheres os usam por conveniência e porque a absorção contínua pode controlar melhor os desconfortos para os quais a terapia esteja sendo usada.

Hormônios bioidênticos e farmácias de manipulação

O termo bioidêntico se refere a hormônios quimicamente equivalentes aos hormônios produzidos pelo organismo feminino, particularmente o estradiol, a

estrona, o estriol (não o estrogênio equino) e a progesterona (não as progestinas alteradas quimicamente). Apesar de serem sintetizadas em laboratório a partir de plantas, esses hormônios seriam mais naturais do que os estrogênios ou progestinas equinas, os quais têm sido alterados quimicamente para que sejam digeríveis e palatáveis. A progesterona oral micronizada chamada Prometrium é um exemplo de hormônio bioidêntico.

Muitos desses hormônios são elaborados em farmácias de manipulação que os processam em gel, em creme ou em cápsulas de gel. Os hormônios contidos em produtos manipulados (estradiol e progesterona) também estão entre os produtos aprovados pela FDA, enquanto outros hormônios, como o estriol e a testosterona, só são encontrados em produtos manipulados.

Até que se prove o contrário, tanto os produtos manipulados quanto os provenientes da indústria farmacêutica são opções aceitáveis. É importante salientar que o controle de qualidade de produtos manipulados varia muito. Surgiu nos Estados Unidos uma indústria que comercializa hormônios bioidênticos e que promove uma abordagem específica à TH que inclui produtos manipulados não aprovados pela FDA. Defensores do uso de produtos manipulados recomendam acompanhamento regular dos níveis de hormônios na saliva ou exames de sangue. Entretanto, os exames de dosagem hormonal não são tão úteis na avaliação de uma terapia. Um indicador mais adequado seria a resposta da pessoa ao tratamento.

Caso se decida pelo uso de hormônios manipulados, seja porque sua médica indica um hormônio como o estriol ou a testosterona, não disponível em produtos comerciais, ou porque você necessita de uma dose que os produtos industrializados não oferecem, confira se a farmácia de manipulação está devidamente licenciada e registrada junto aos órgãos de controle do governo.

NO FINAL, É VOCÊ QUEM DECIDE

Aceitar o tratamento à base de hormônios é uma decisão sua. Ao decidir, leve em conta sua história, seus valores, sua saúde e suas preferências, assim como o que se sabe sobre os riscos e os benefícios dessa terapia. Mantenha-se informada sobre os resultados das pesquisas mais recentes – visto que as reações ao mesmo tratamento hormonal variam de mulher para mulher, o que talvez seja bom para algumas mulheres pode não ser bom para outras.

Além disso, o melhor para um grupo inteiro de mulheres pode não ser o melhor para a mulher individualmente. Por isso, cada mulher deve pesar o que se sabe e o que se desconhece ao tomar sua própria decisão quanto ao uso de hormônios. Tenha uma visão equilibrada dos riscos.

O fumo, uma dieta inadequada e a falta de exercícios físicos são os mais importantes fatores de risco de doenças cardíacas e osteoporose para a maioria das mulheres. Tudo isso você pode mudar. Peça a amigas e amigos, familiares e médicas e médicos que te ajudem a cultivar hábitos saudáveis. Caso decida interromper a TH, reduzir a dose lentamente pode minimizar a reincidência do desconforto.

PESQUISA SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES DE MEIA-IDADE

Não faz muito tempo que a pesquisa médica passou a prestar um pouco mais de atenção às questões de saúde das mulheres mais velhas. Mesmo hoje, o foco da pesquisa são os aspectos médicos da perimenopausa e da pós-menopausa, como se a vida da mulher girasse em torno de seus órgãos reprodutivos. A pesquisa continua a desconsiderar como nossa saúde é afetada pelos aspectos biológicos básicos do envelhecimento, pelos danos ocupacionais e ambientais, pelas diferenças étnicas e raciais e pelos fatores socioeconômicos. Os estudos são frequentemente financiados e projetados tendo em vista interesses corporativos, em vez de promoverem pesquisas de interesse das mulheres, e tendem a ter como objeto de estudo os medicamentos, e não as intervenções não médicas. Além disso, negligenciam as necessidades de mulheres não brancas, restringindo a oferta de cuidados médicos adequados por profissionais de saúde. Com objetivo de remediar essa negligência crônica, existem três importantes estudos em andamento.

O “Estudo da Saúde da Mulher na Nação” (*Study of Women’s Health Across the Nation* – SWAN – swanstudy.org) é o primeiro estudo abrangente sobre menopausa em mulheres de diferentes origens raciais e étnicas. Desde 1994, cerca de três mil e trezentas mulheres americanas de diversas origens – afro-americana, hispânica, chinesa e japonesa – participaram do SWAN em sete centros localizados nos Estados Unidos. O estudo examina fatores psicológicos, sociais e econômicos, além de saúde e aspectos médicos, incluindo envelhecimento dos ovários, seus efeitos na composição dos ossos e do corpo e os fatores de risco de doenças cardiovasculares.

O SWAN gerou muitas informações sobre como as mulheres envelhecem. Em 2010, as mulheres no SWAN tinham entre 56 e 66 anos de idade e a maioria delas fez a transição para a pós-menopausa. O SWAN continuará a aprofundar nosso entendimento sobre como a menopausa e outros fatores podem estar associados a doenças posteriores, deficiências e qualidade de vida, com o objetivo de manter a saúde e de prevenir o surgimento de doenças em mulheres mais velhas. Isso será possível pelo acompanhamento de várias questões de saúde, incluindo diabetes, osteoporose e fraturas, osteoartrite e depressão.

O “Estudo sobre Saúde de Mulheres Negras” (*Black Women’s Health Study* – BWHS – bu.edu/bwhs), financiado pelo Instituto Nacional do Câncer e administrado pelo Centro de Epidemiologia Slone, da Escola de Medicina da Universidade de Boston, tinha 59 mil mulheres afro-americanas inscritas em 1995. O foco do estudo é identificar e avaliar as causas e a prevenção de cânceres e outras doenças graves em mulheres afro-americanas. Embora as mulheres mais jovens sejam o foco primário, o estudo também examina condições mais típicas de mulheres de meia-idade ou mais velhas, como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer de mama, que costumam afetar mulheres negras mais cedo.

O BWHS identificou fatores de risco modificáveis relacionados ao câncer de mama e ao diabetes tipo 2. As taxas de mortalidade do câncer de mama são maiores em mulheres negras do que em mulheres brancas. O BWHS descobriu que o uso de hormônios menopáusicos estava associado ao aumento do risco de câncer de mama, o que também vale para mulheres brancas. A ingestão de vegetais, em especial os crucíferos, como brócolis e couve, foi associada ao baixo risco de câncer de mama. Pesquisas futuras do BWHS examinarão as causas da incontinência urinária, outra condição que afeta mulheres idosas.

O estudo “Estudo Kronos para a prevenção precoce com estrogênio” (*Kronos Early Estrogen Prevention Study* – KEEPS, que recebe o nome de seu financiador, o *Kronos Longevity Research Institute* ou Instituto de Pesquisa para Longevidade Kronos) acompanha 729 mulheres recém-menopáusicas, de mistura étnica intencional similar à das mulheres no estudo da WHI – 70% são mulheres caucasianas não hispânicas, 8% são afro-americanas e 7% são mulheres hispânicas. Esse abrangente estudo randomizado compara comprimidos de baixa dose de estrogênio usados no estudo da WHI (Premarin), estrogênio transdérmico (adesivo) e placebo. Mulheres sendo tratadas com estrogênio ativo também recebem progesterona micronizada por via oral para mitigar o risco de câncer uterino. Assim, o KEEPS emprega a TH de um modo considerado por muitos como a melhor abordagem.

Uma limitação do KEEPS é que o estudo considera apenas indicadores de doenças, como os níveis de lipídios e cálcio no coração e nas artérias, mas não contempla ataque cardíaco nem derrame. Ainda assim, as descobertas do KEEPS podem ser significativas, visto que um número considerável de pesquisadores acredita que o estrogênio transdérmico pode não aumentar o risco de eventos tromboembólicos. Mais informações sobre o que se sabe a respeito dos riscos e benefícios do estrogênio transdérmico podem ser consultadas no item “Os hormônios não são todos iguais”.

INFORME-SE SOBRE AS PESQUISAS RECENTES

Para acompanhar novas informações e resultados de pesquisas sobre perimenopausa e menopausa, consulte os websites das organizações estadunidenses e brasileiras

no quadro a seguir. Para mais informações sobre como interpretar os resultados de estudos, veja o capítulo 24, “Entendendo o sistema de saúde brasileiro”.

Perimenopausa e menopausa

- CeMCOR – Centro de Pesquisa sobre Ciclo Menstrual e Ovulação (*Centre for Menstrual Cycle and Ovulation Research*): cemcor.ubc.ca
- NIH – Institutos Nacionais de Saúde (*National Institutes of Health*): nih.gov
- OASH – Centro Nacional de Informação Sobre Saúde das Mulheres (*Office on Women's Health*): womenshealth.gov/menopause
- Fundação Americana para a Menopausa (*American Menopause*): american-menopause.org
- NWHN – Rede Nacional pela Saúde das Mulheres (*National Women's Health Network*): nwhn.org
- NAMS³⁰ – Sociedade Norte-americana para a Menopausa (*North American Menopause Society*): menopause.org
- SMCR – Sociedade para a Pesquisa do Ciclo Menstrual (*Society for Menstrual Cycle Research*): menstruationresearch.org
- SOBRAC – Associação Brasileira de Climatério: sobrac.org.br
- SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o “Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa”:³¹ bvsmms.saude.gov.br
- PMSP – Prefeitura de São Paulo, especialmente “Climatério: Abordagem da mulher na peri e pós-menopausa”:³² prefeitura.sp.gov.br

QUESTÕES RELACIONADAS AO USO DE HORMÔNIOS

Será que os comprimidos de estrogênio sintético a partir de substâncias vegetais são mais seguros do que os comprimidos sintéticos a partir da urina de éguas prenhes? Será que os meios não orais de administração são mais seguros por não serem metabolizados pelo fígado? As respostas conclusivas para essas questões são insuficientes, visto que não foram realizados estudos cegos randomizados para comparar esses produtos entre si. Por causa dos elevados custos envolvidos e dos expressivos números necessários em tais estudos, parece pouco provável que sejam realizados no futuro próximo.

Duas ginecologistas e uma endocrinologista que contribuíram para este capítulo compilaram a seguinte lista dos estudos que elas gostariam de ver realizados. As questões selecionadas para estudos adicionais dão uma mostra de quanto ainda falta ser compreendido.

- O que resulta da comparação, em termos de segurança e eficácia, entre o estrogênio transdérmico e o estrogênio oral?

- O uso de anticoncepcionais durante a perimenopausa suprime a produção do estrogênio pelo organismo?
- Estrogênio de aplicação vaginal: agrava ou ameniza sintomas urológicos, como incontinência urinária, durante a perimenopausa? E o estrogênio sistêmico? Quais são os níveis de estrogênio sistêmico obtidos com o uso de estrogênio de aplicação vaginal?
- O que resulta da comparação, em termos de segurança e eficácia, entre estriol e estradiol de aplicação vaginal?
- O que está por trás das ondas de calor e dos tratamentos não hormonais para controlá-las?
- Qual é o papel da progesterona na perimenopausa, na formação e na perda ósseas e em tratamentos para os desconfortos da perimenopausa?

JERILYNN PRIOR E O CEMCOR

A Dra. Jerilynn Prior, endocrinologista e cientista médica, é a fundadora e diretora do Centro de Pesquisa sobre Ciclo Menstrual e Ovulação (*Centre for Menstrual Cycle and Ovulation Research – CeMCOR*) da Universidade de British Columbia, Canadá. Ela tem contribuído significativamente para pesquisas recentes a respeito da importância dos altos níveis de estrogênio e dos decrescentes níveis de progesterona durante a perimenopausa. Jerilynn Prior estuda o uso da progesterona bioidêntica micronizada, administrada por via oral, para o tratamento de ondas de calor severas e outros desconfortos perturbadores que acometem mulheres durante e após a perimenopausa. O trabalho de Prior procura desmistificar a crença amplamente difundida de que a perimenopausa é um período de deficiência de estrogênio e questiona a segurança e a adequabilidade da terapia de estrogênio durante esse período. Muitas das perspectivas convencionais sobre a perimenopausa e a pós-menopausa são questionadas pelo trabalho dela, que pode ser em grande parte acessado no website do CeMCOR (cemcor.ubc.ca).

Em defesa de um novo e mais claro significado para a palavra menopausa e argumentando contra o uso do termo pós-menopausa, a Dra. Jerilynn oferece uma visão sobre o que poderia motivar uma cientista e médica a nadar com tanta força contra a correnteza do pensamento dominante. O que temos é uma linguagem ultrapassada sobre as mulheres que reforça nossas “deficiências” como mulheres. Por que não, como mulheres que somos, criar uma linguagem que se ajuste às nossas experiências e que não seja regida pela patologia? Por que nos sujeitar àqueles médicos que querem nos prescrever tratamento rotineiro à base de estrogênio durante a perimenopausa (e depois), um tratamento que talvez seja inteiramente desnecessário?

Já passou muito da hora de uma revisão nessa linguagem ultrapassada sobre a meia-idade. Eu poderia citar excertos de pelo menos uma dezena de artigos científicos que usam os termos menopausa, transição menopáusica, perimenopausa e FMP (do inglês Final Menstrual Period – período menstrual final) de modo contraditório. Isso não é ciência, é confusão. E para quem a confusão é útil? Certamente, não para as mulheres.

Não se pode dizer que o chamado fluxo menstrual final é realmente o último antes que se tenha passado um ano de sua ocorrência. Então, por que nomeá-lo ou dar-lhe uma sigla? Eu me lembro muito bem do meu derradeiro fluxo, porque ele veio 14 meses depois do meu último fluxo “final”. Eu tive cólicas e dores nos seios durante semanas e comecei a pensar no que poderia estar acontecendo comigo. De todo modo, aquele fluxo não foi um evento. Eu apenas celebrei a menopausa depois de passado um ano inteiro. Não quero estar no período pós de um não evento pelo resto de minha vida.

Jerilynn Prior

Embora esta edição de *Nossos corpos por nós mesmas* se apegue ao uso corrente das palavras perimenopausa, menopausa e pós-menopausa, o trabalho científico da Dra. Jerilynn em prol das mulheres é permeado por uma paixão e uma inteligência que sugerem que as mudanças terminológicas precisam acontecer.

CONCLUSÃO

A perimenopausa, o período final de nossa fase reprodutiva, conduz ao que muitos chamam de pós-menopausa. Nesse novo estágio da vida, que pode abranger algumas décadas, nossa identidade e valores vão muito além de nossa capacidade biológica reprodutiva. Na pós-menopausa, repensamos nossos papéis e encontramos novas formas de criatividade e produtividade, novos modos para compreender nossos corpos e sexualidade, novas configurações de família, de amigos, de trabalho e de atividades significativas.

A transição menopáusica, apesar dos desconfortos físicos que talvez acarrete, nos oferece uma oportunidade de pensar sobre o que desejamos para a próxima fase de nossas vidas. Ao dar e receber apoio de amigas e mulheres de nossa idade no local de trabalho ou em grupos de apoio, compartilhamos experiências e informações úteis para lidar com os aspectos mais desafiadores da perimenopausa. A perimenopausa e a menopausa precisam ser discutidas. Não há necessidade de nos sentirmos isoladas ao atravessar esses episódios de nossas vidas. Uma mulher que se juntou a um grupo

de apoio declarou: “Há muita ajuda mútua. A gente realmente ouve umas às outras e dá muita risada. Eu já não me preocupo mais com menopausa e com envelhecer como costumava me preocupar”.

Muitas mulheres procuram informação, conselhos e apoio em websites e blogs. Além disso, estão surgindo organizações que reconhecem a importância da meia-idade e dos anos posteriores como uma época de ocupação, engajamento, contribuição e ativismo.

Ao nos mantermos informadas e proativas ao longo dessas transições e ao cuidarmos bem de nossa saúde e de nossos corpos, podemos entrar na menopausa sem sermos influenciadas por noções sexistas e pelos preconceitos contra pessoas de mais idade.

Eu reconheço que minhas capacidades físicas e mentais diminuirão com o envelhecimento, mas quero lidar com isso mantendo um senso de autoaceitação, e não com expectativas menores. Espero que minha geração de feministas não negue as limitações causadas pelo envelhecimento e rejeite as atitudes preconceituosas internalizadas contra pessoas mais velhas e contra nós mesmas à medida que envelhecemos.

Mulher de 55 anos

Nosso ativismo e nossa militância são em prol de políticas e programas que melhorem a saúde, o bem-estar e o *status* financeiro e social das mulheres ao longo da menopausa e que, depois, assegurem que cada vez mais mulheres possam envelhecer com amplo apoio da comunidade.

O “Manual de Atenção à mulher no Climatério/Menopausa”, citado anteriormente, lançado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2008, informa que dados atuais têm indicado que o aumento dos sintomas e problemas da mulher nessa fase da vida reflete circunstâncias sociais e pessoais, e não apenas eventos endócrinos do climatério e da menopausa. Essa constatação nos leva a afirmar como as ações, as pesquisas e as políticas públicas que abordem os aspectos sociais da perimenopausa/menopausa/pós-menopausa são fundamentais.

No Brasil, em 1986, um grupo de especialistas se reuniu e criou a SOBRAC, Associação Brasileira de Climatério. Essa entidade, que atualmente conta com mais de 3.000 associadas, profissionais de saúde e professoras interessadas no tema, realiza projetos e publicações com o objetivo de contribuir com a saúde pública relacionada às mulheres que vivem o climatério.

Atualmente, tramita o Projeto de Lei nº 5602/19, em análise na Câmara dos Deputados,³³ que altera a Lei do SUS e prevê garantia de atendimento especializado no SUS para mulheres durante a menopausa.

Iniciativas como essas são importantes para que as mulheres tenham saúde e qualidade de vida durante os processos que envolvem a menopausa. Contudo, também é preciso que a sociedade, por meio da atuação de suas instituições, da elaboração e da implementação de suas políticas e dos seus discursos, reveja as representações estereotipadas sobre a chegada à menopausa e ao período que a sucede. Todas as mulheres devem ser socialmente valorizadas e culturalmente respeitadas independentemente da fase da vida em que se encontram.

Leituras recomendadas:

Informações, recursos e suporte comunitário sobre a menopausa

- Consciência Rosa: conscienciarosa.org
- FEMAMA – Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama: femama.org.br/site
- Fofocas da Menopausa: menopausechitchat.com
- IFF/FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br
- Menopausa, o Blog: menopausetheblog.com
- Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br/menopausa-e-climaterio
- O Blog da Perimenopausa: theperimenopauseblog.com
- OMS – Organização Mundial da Saúde, especialmente “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”:³⁴ paho.org/pt/envelhecimento-saudavel
- PMSP – Prefeitura de São Paulo, especialmente “Climatério: Abordagem da mulher na peri e pós-menopausa”:³⁵ prefeitura.sp.gov.br
- Portal do Envelhecimento e do Longevidade: portaldoenvelhecimento.com.br
- Projeto AWARE: project-aware.org
- *Red Hot Mamas*: redhotmamas.org
- Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano: seer.upf.br/index.php/rbceh
- Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia: rbgg.com.br/
- Revista Mais60: sescsp.org.br/online/revistas/4_MAI+60
- SOBRAC – Associação Brasileira de Climatério:, especialmente o “Guia da Menopausa”³⁶ da Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS): sobrac.org.br
- SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: sbgg.org.br
- SOGESP – Associação de Obstetrícia e Ginecologia do estado de São Paulo: sogesp.com.br
- SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o “Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa”:³⁷ bvsmms.saude.gov.br
- *Women’s Voices for Change*: womensvoicesforchange.org

NOTAS

1. Pablo Valadares, “Número de geriatras não acompanha envelhecimento da população”, *Câmara dos Deputados*, 5 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/581078-numero-de-geriatras-nao-acompanha-envelhecimento-da-populacao/>
2. Ministério da Saúde. “Manual de Atenção a Mulher no Climatério/Menopausa”, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
3. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. “The menopausal transition”, *Fertility and Sterility*, v. 82, p. 107-110, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.05.033>
4. Ana Lúcia Valadares, Aarão Mendes Pinto-Neto, Délio Marques Conde, Maria José Osis, Maria Helena de Sousa e Lúcia Costa-Paiva, “Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas”. *Rev Assoc Med Bras*, v. 54, n. 4, p. 299-304, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000400013>
5. *Ibidem*.
6. Milton Crenitte e Egídio Dorea, “É proibido proibir o envelhecimento”, *Folha de São Paulo*, 1º de setembro de 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha-100-anos/2021/09/e-proibido-proibir-o-envelhecimento.shtml>
7. Guilherme Samora, “Entrevista: Rita Lee: ‘Envelhecer é uma loucura, não é para maricas’”, *Globo Quem*, 13 de novembro de 2016. Disponível em: <https://revistaquem.globo.com/Entrevista/noticia/2016/11/rita-lee-envelhecer-e-uma-loucura-nao-e-para-maricas.html>
8. Letícia Bahia, “Pobreza menstrual e educação de meninas”, *Livre para menstruar/Girl Up*, 2021. Disponível em: <https://livreparamenstruar.org/>
9. Maria Firmino, “Pobreza menstrual: entenda a questão de saúde pública no Brasil!”, *Politize*, 8 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.politize.com.br/pobreza-menstrual/>
10. Danielle Santos Bezerra Sá, *Frequência e intensidade das ondas de calor em mulheres climatéricas*, Dissertação de Mestrado, Unicamp, 2005.
11. Claudia Bittencourt, “Anvisa aprova dois genéricos inéditos para Terapia de Reposição Hormonal (TRH)”, *UnaSus*, 6 de março de 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/anvisa-aprova-dois-genericos-ineditos-para-terapia-de-reposicao-hormonal-trh>
12. Pfizer, “Anvisa aprova medicamento inovador da Pfizer para reposição hormonal”, *Uol Economia*, 6 de junho de 2018. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/pr-newswire/2018/06/06/anvisa-aprova-medicamento-inovador-da-pfizer-para-reposicao-hormonal.htm>
13. “Fisioterapia Pélvica: o que é e como se especializar nessa área”, *UniBrasil*, 13 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.unibrasil.com.br/fisioterapia-pelvica-o-que-e-e-como-se-especializar-nessa-area/#:~:text=A%20Fisioterapia%20P%C3%A9lvica%20%C3%A9%20uma,na%20regi%C3%A3o%20baixa%20do%20abd%C3%B4men>

14. Anna Virginia Balloussier, “Aulas de pompoarismo na terceira idade dão um up na vida sexual”, *Folha Equilíbrio*, 18 de fevereiro de 2015. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/paywall/adblock.shtml?origin=after&url=https://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/02/1591058-aulas-de-pompoarismo-na-terceira-idade-dao-um-up-na-vida-sexual.shtml?loggedpaywall>
15. Newton L. Terra *et al.*, “Sexualidade, menopausa, andropausa e disfunção erétil no envelhecimento: compreensão e manejo”. EDPUCRS, 2014.
16. Raphaela Ramos, “Sexo após a menopausa”. *O Globo Celina*, 10 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/celina/sexo-apos-menopausa-mulheres-contam-como-mantiveram-vida-sexual-ativa-prazerosa-1-24233114>
17. Jane E. Brody, “Nevoeiro cerebral causado por menopausa pode ser confundido com demência”. *Gazeta do Povo*, 3 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/nevoeiro-cerebral-causado-pela-menopausa/>
18. Darah Fontes da Silva Assunção et al., “Qualidade de vida de mulheres climatéricas”. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 15, n. 2, p. 80-83, 2017. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/261>
19. J.M. Mata-Granados et al., “Vitamin D deficiency and high serum levels of vitamin A increase the risk of osteoporosis evaluated by Quantitative Ultrasound Measurements (QUS) in postmenopausal Spanish women” [Deficiência de vitamina D e alto níveis de vitamina A no sangue aumenta o risco de osteoporose avaliado por QUS em mulheres espanholas pós-menopáusicas], *Clinical Biochemistry*, v. 43, n. 13-14, p.1064-1068, 2010. Disponível em: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20599880/
20. Barbara Mintzes, “For and Against: Direct to Consumer Advertising Is Medicalising Normal Human Experience: For”. *British Medical Journal*, v. 324, n. 7342, p. 908-9, 2002.
21. Maria Helena Varella Bruna, “Osteopenia”. Portal Dráuzio Varella, 11 de fevereiro 2020. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/osteopenia/>
22. “Estudo desenvolvido no LNLs aponta vantagens no tratamento de Tibolona”. *Universia Brasil/Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais (CNPem)*, 5 de março de 2010. Disponível em: <https://cnpem.br/estudo-desenvolvido-no-lnls-aponta-vantagens-no-tratamento-de-tibolona/>
23. National Center for Complementary and Alternative Medicine, “Menopausal Symptoms and CAM”, 2008, *apud OBOS*, 2011.
24. “Carta das mulheres brasileiras aos constituintes”, Câmara dos Deputados, 1987. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/a-constituente-e-as-mulheres/arquivos/Constituinte%201987-1988-Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf
25. Maria Aparecida Barbosa Merighi et al., “Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 2, p. 408-414, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200019>

26. Vandreza Amante, “O uso de plantas medicinais como prática cultural de atenção à saúde da mulher indígena”. *Catarinas*, 27 de novembro de 2020. Disponível em: <https://catarinas.info/o-uso-de-plantas-medicinais-como-pratica-cultural-de-atencao-a-saude-da-mulher-indigena/>
27. Pesquisa “Robert Wilson” no site ourbodiesourselves.org para saber mais sobre o livro de Wilson de 1966, *Feminine Forever* [Feminina para Sempre] e sobre o fascínio dessa década pelo uso do estrogênio sintético para um amplo espectro de doenças relacionadas ao envelhecimento.
28. D Grady et al., “Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS): design, methods, and baseline characteristics”. *Controlled clinical trials*, v. 19, n. 4, p. 314-35, 1998. Disponível em: doi:10.1016/s0197-2456(98)00010-5
29. “A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos”, *Ministério da Saúde*, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf
30. A Sociedade norte-americana para a menopausa tem vínculos estreitos com a indústria farmacêutica, mas muitos de seus membros têm tentado mitigar a influência direta de empresas farmacêuticas sobre o conteúdo de programas educacionais da NAMS.
31. “Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa”, *Ministério da Saúde*, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
32. *Manual de Atenção a Mulher no Climatério/Menopausa*, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
33. “Projeto assegura atendimento especializado no SUS para mulheres na menopausa”. *Câmara dos Deputados*, 21 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/631597-projeto-assegura-atendimento-especializado-no-sus-para-mulheres-na-menopausa/>
34. “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”, *OMS*, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
35. “Climatério: Abordagem da mulher na peri e pós-menopausa”, *PMSP*, 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Climaterio_Abordagem_da_mulher_na_peri_pos_menopausa.pdf
36. “Guia da Menopausa”, *Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS)*, 2013. Disponível em: sobrac.org.br/parceria_nams_north_american_menopause_society_e_sobrac.html
37. *Manual de Atenção a Mulher no Climatério/Menopausa*, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

QUANDO ENVELHECEMOS

CONFORME vamos envelhecendo, passamos a questionar se a sociedade compreende de fato a complexidade e a diversidade de nossas vidas. Ou somos avós esbeltas, aventureiras e bronzeadas, com vidas extremamente ocupadas e significativas – incluindo uma vida sexual ativa à altura –, ou somos rotuladas de frágeis, vulneráveis e sozinhas.

Sabemos que essa fase – assim como todas as outras – não pode ser reduzida a uma história linear, pois ela atravessa décadas de altos e baixos. À medida que vivemos mais, desafiamos mitos e estigmas a respeito do envelhecimento e redefinimos o que é ser velha, idosa, anciã a partir de nossos próprios termos e nossas próprias histórias. Contudo, temos que enfrentar essa mentalidade que valoriza a juventude e passa a nos desvalorizar e marginalizar depois que nossos anos reprodutivos acabam. Como aponta Ashton Applewhite:

Chamamos as pessoas de racistas e machistas, mas quase ninguém se importa com a ideia de que as pessoas mais velhas são consideradas confusas, incapacitadas, dependentes ou assustadoras, até mesmo repulsivas. Afinal de contas, é assim que as pessoas acima de 65 anos tendem a ser retratadas em programas de entretenimento e na publicidade (caso elas apareçam).¹

Nossa cultura, até agora, não conseguiu reconhecer a transição massiva que está acontecendo em relação ao envelhecimento e às oportunidades apresentadas tanto para as pessoas jovens quanto para as idosas. Inúmeras pesquisas recentes apontam uma virada de um foco exclusivo em problemas e incapacidades do envelhecimento para um novo modelo centrado em saúde, crescimento e engajamento significativo. Precisamos urgentemente aumentar a conscientização, reformular questionamentos e apresentar informações práticas e centradas nas mulheres que possam desafiar o *status quo*.

Este capítulo discute alguns aspectos do envelhecimento que afetam nossa saúde e nosso bem-estar social e emocional com ênfase na saúde reprodutiva e na sexualidade. Algumas questões que serão abordadas incluem: como podemos fazer adaptações necessárias que potencializem uma boa saúde e mantenham a independência e a qualidade de vida? Com quanta intervenção médica nos sentimos confortáveis nos anos mais avançados de nossas vidas? De quais exames preventivos, incluindo exames

de mamas e ginecológicos, precisamos quando temos 60 anos? E quando temos 80? Como vivemos o sexo e o prazer sexual?

Enquanto os capítulos sobre relacionamentos, sexualidade e identidade sexual reúnem histórias de mulheres com mais de 60 anos, este capítulo destaca como o envelhecimento afeta a saúde sexual, os relacionamentos e o bem-estar. Além disso, apresenta inúmeros recursos que fornecem informações confiáveis sobre cuidados, moradia e questões econômicas, entre outras.

A NOVA VELHICE

Antigamente, a maioria das pessoas não vivia uma velhice muito longa; para muitas de nós, no entanto, a vida terá uma extensão muito maior em comparação com gerações anteriores – por exemplo, para as mulheres brasileiras, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 50,8 anos para 80,4 anos no período entre 1950 e 2021. No entanto, é preciso destacar que a expectativa de vida é diferente entre mulheres negras e brancas: segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2000, mulheres brancas esperavam viver 73,8 anos e mulheres negras, 69,5 anos. Essa diferença se deve à desigualdade no acesso que elas têm a serviços de saúde, infraestrutura e educação.

Por volta de 2030, quando todos os *baby boomers* (aqueles que nasceram entre 1946 e 1964) estiverem com mais de 65 anos, 13,54% da população brasileira terá essa faixa de idade, quase o dobro dos 7,32% contabilizados em 2010.

Depende de nós a mudança nesse paradigma de envelhecimento, o que pode ser feito com a criação de papéis com mais propósitos para nós mesmas e de modelos positivos de envelhecimento e velhice para a juventude, assim como com o questionamento de como nossas comunidades podem lidar melhor com as complexidades que acompanham o envelhecimento.

Muitas de nós nos perguntamos: como equilibrar os aspectos positivos do envelhecimento reconhecendo as realidades problemáticas sem “culpar” a idade? Como podemos aproveitar o vasto conhecimento de mulheres sobre o processo de envelhecimento e acabar com os efeitos potencialmente opressivos das construções culturais impostas? Como podemos resolver as lacunas nos cuidados de saúde, que incluem injustiças e disparidades, e defender mudanças nas políticas, nas instituições e nos programas para que todo mundo possa experimentar uma saúde melhor e mais qualidade de vida?

O roteiro para navegar nessas questões nem sempre é claro. O que é certo, no entanto, é que estamos nos fortalecendo e nossa influência não pode ser ignorada. Nossos números vão nos dar influência extra como eleitoras e ativistas em nossas

comunidades; poderemos usá-la, então, para pressionar políticas sociais que melhorem a vida das mulheres, de modo que o que algumas pessoas chamam de anos bônus sejam experiências mais universais.

ENVELHECER VIROU ALGO FEMININO

Embora estejamos vivendo mais do que nunca, a qualidade das nossas vidas conforme envelhecemos depende de muitos fatores: de nossa saúde, das perdas que sofremos, de nossas finanças e condições de vida, de nossa situação familiar e redes de suporte e de como nos adaptamos a novas mudanças e, talvez, novas limitações.

Estatisticamente falando, os problemas relativos ao envelhecimento são predominantemente problemas de mulheres. Segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, no Brasil, onde 55,5% da população idosa é composta por mulheres e 44,5% é composta por homens, as mulheres vivem, em média, oito anos mais que os homens.² Temos, portanto, benefícios e potenciais desvantagens de viver muito.

Embora gostemos de pensar que teremos uma vida e períodos de saúde mais longos, muitas de nós vamos experimentar algumas perdas, doenças, aumento de dependência de outras pessoas e, talvez, acabemos nos considerando cuidadoras de nós mesmas. Precisamos incorporar essa realidade à nossa visão de envelhecimento e encontrar caminhos para planejar esses desafios e lidar com eles.

As preocupações financeiras aumentam de modo especial o estresse do dia a dia. Entre as pessoas idosas com mais de 60 anos no Brasil, 10,9% estavam situadas nas classes D e E no ano de 2018, segundo dados trabalhados pela Fundação Getúlio Vargas.³ Além disso:

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre o último trimestre de 2019 e o terceiro de 2020, observou-se uma redução de 9,3% na força de trabalho idosa e de 10,2% no número de idosos ocupados. Para os não idosos, as respectivas reduções foram de 4,8% e 6,0%.⁴

Se consideramos o sexo, sabemos que as mulheres detêm menos renda que os homens ao longo da vida. Essa realidade não muda na velhice: ao contrário, só se exacerba, já que as mulheres têm mais dificuldade de se aposentar, dado que sua trajetória laboral é mais precária.

NOSSOS CORPOS EM CONTEXTO

Algumas culturas valorizam e honram pessoas mais velhas. De modo geral, pode-se dizer que a sociedade brasileira é ageísta (do inglês *age*, idade); isto é, idealiza

a juventude e marginaliza e segrega pessoas mais velhas. Ironicamente, o ageísmo é uma forma de preconceito como qualquer outro. Muitas de nós seremos vítimas dessa intolerância mais cedo ou mais tarde e nos sentiremos discriminadas em função de nossa idade – às vezes, a partir da meia-idade, seja no trabalho, nos relacionamentos, nas representações da mídia e até mesmo nos cuidados médicos.

Ainda somos avaliadas sobretudo por nossa capacidade reprodutiva e sexual e, geralmente, exigem-nos padrões impossíveis de juventude e de atração física, o que nos torna vulneráveis à discriminação por idade mais cedo do que os homens.

O ageísmo é ruim para todo mundo, mas especialmente para as mulheres. Uma mulher de 63 anos descreve sua frustração com as limitações de frases como “mulheres da pós-menopausa”:

Acho que o termo é muito limitado. Ele nos define pela ausência de sangue que sai de nossas vaginas a cada mês, pela falta de nossa capacidade de reprodução. Meu eu feminista de 20 e poucos anos em meados da década de 1960 ficaria horrorizada com esse rótulo; meu eu de 60 e poucos olha o termo de modo intrigado e fica igualmente horrorizada. O período desde o início de nossos 50 anos até a morte, “os anos da pós-menopausa”, pode passar de 30 a 50 anos. Para muitas mulheres, podem ser alguns dos nossos anos mais produtivos e realizados. Para mim, a vida não parou de melhorar.

Agora, minha vida precisa de um rótulo diferente de “pós-menopausa” que descreva sua riqueza e amplitude. Anos de maturidade, anos de mais harmonia, anos de ir além? Embora meu corpo possa não ser mais capaz de fazer tudo o que fazia antes, minha vida é uma aventura tremenda – que não está minguando.

Embora o termo “pós-menopausa” possa ser útil em um contexto biológico, algumas mulheres defendem eliminar por completo termos baseados na biologia para descrever mulheres mais velhas. Afinal de contas, “pós-andropausa” não é um termo usado para homens.

Propagandas abusam de nossos medos e ansiedades sobre as transformações naturais em nossos corpos conforme envelhecemos. As indústrias – especialmente a farmacêutica, a de cirurgias plásticas e a de cosméticos – exploram e lucram com essas atitudes. Enquanto isso, é mais provável que nos diminuam por coisas que são admiradas ou ignoradas em homens mais velhos, como o orgulho de nossas conquistas, o fato de termos rugas no rosto ou estarmos acima do “peso ideal”. A conclusão é: todas as pessoas estão envelhecendo e todas as vidas são tocadas pelo envelhecimento, mas a sociedade, de muitas maneiras, não acomoda ou valoriza as necessidades e as perspectivas das mulheres mais velhas.

O envelhecimento em si é geralmente visto como uma condição sobre a qual temos que fazer algo – dando origem à frase “medicalização do envelhecimento”. As mudanças naturais do nosso corpo, associadas ao envelhecimento, acabam sendo definidas como doenças ou condições que sempre (e não às vezes) precisam de supervisão ou intervenção médica, incluindo remédios e cirurgias. A autoaceitação de que envelhecemos pode ser uma conquista difícil, mas é inestimável.

Há alguns anos, uma popular coluna de jornal escrita por Shirley Haynes foi divulgada por e-mail. Em resposta a uma pessoa que perguntou como ela se sentia sendo velha, Haynes escreveu: “Fiquei surpresa, porque não penso em mim como uma velha”. Então ela refletiu um pouco mais sobre a questão:⁵

Jamais trocaria minhas amigas fantásticas, minha vida maravilhosa e minha família amorosa por menos cabelo branco ou uma barriga mais chapada. À medida que envelheci, me tornei mais gentil e menos crítica comigo mesma. Me tornei minha amiga...

Vou caminhar na praia com uma roupa de banho esticada sobre um corpo volumoso e vou mergulhar nas ondas com tudo se eu quiser, apesar dos olhares de pena da turma do biquíni. Essas pessoas também vão envelhecer (se tiverem sorte)...

Então, para responder à pergunta, eu gosto de ser velha. A velhice me libertou. Eu gosto da pessoa que me tornei.

RELACIONAMENTOS

COMO MANTER CONTATOS

Conforme envelhecemos, criamos novos padrões e nos ajustamos às mudanças, às vezes com elevada consciência da passagem do tempo e da preciosidade dos momentos presentes. Algumas de nós, em relacionamentos de longa data, podemos experimentar um prazer renovado em ter compartilhado tantas experiências de vida e nos entusiasmar com a ideia de envelhecer com ainda mais proximidade.

Além disso, pode ser a hora de redefinir os papéis e estabelecer novas metas conforme nossos relacionamentos mudam. Quais são os novos interesses que desenvolvemos enquanto indivíduos e enquanto casal? Que tipo de vida queremos ter depois da aposentadoria? Onde queremos morar? De que serviços e necessidades de apoio de longa duração vamos precisar em caso de doenças?

Chegar a essa fase das nossas vidas pode ser uma razão para avaliar nossos relacionamentos. Algumas mulheres deixam relações que previamente toleravam; mulheres mais velhas que deram entrada em um processo de divórcio após pensar muito sobre

a questão podem se sentir radiantes com um novo começo. Se a pessoa companheira deu início à dissolução de um casamento ou parceria de longa data, pode ser difícil pra você, pelo menos no começo, dar esses próximos passos sozinha e considerar namorar de novo.

Relações familiares – e nossos lugares na hierarquia geracional – também mudam. Nossas famílias podem ser genética e biologicamente relacionadas, misturadas ou estendidas. Muitas de nós estamos nos acostumando com a ideia de nos tornarmos avós, tias-avós ou madrinhas de crianças em nossas vidas. De acordo com projeção do IBGE de 2020,⁶ a geração de brasileiras e brasileiros nascidos entre 1940 e 1960 comporta 11,5 milhões de mulheres que são avós.

Além disso, podemos desenvolver laços com famílias com as quais nossas netas e netos se casaram ou com netas e netos de nossas novas companhias, bem como com segundas famílias de ex-cônjuges.

Leituras recomendadas

- Portal do Envelhecimento, que “oferece acesso livre e imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento sobre o longeviver ao público proporciona, além de maior democratização do conhecimento, a consolidação da cultura da longevidade”: www.portaldoenvelhecimento.com.br
- Entrevista na Revista Gama com Mirian Goldenberg, antropóloga brasileira que pesquisa sobre envelhecimento feminino: <https://gamarevista.uol.com.br/semana/velho-eu/mirian-goldenberg-sobre-velhice-e-perspectivas-para-a-melhor-idade/>

Essas experiências podem ser difíceis, mas também gratificantes. Uma mulher de 65 anos diz:

Minha vida está completa e, com o coração aberto, desenvolvo relações transformadoras com meus filhos e noras e suas famílias, mas acho difícil que meu marido e eu sejamos a geração mais velha sem segurança.

Uma mulher lésbica na casa dos 70 descreve essa década como a mais gratificante que ela experimentou:

Moro perto da minha família, incluindo cinco netas e netos, e estou em uma união estável, então me sinto muito sortuda de ter um sistema de apoio social forte. A aposentadoria me abriu muitas opções e sou muito ativa.

Quando nossas filhas e filhos saem de casa, podemos achar que teremos mais espaço e liberdade, mas muitas vezes eles voltam para viver conosco, pelo menos temporariamente. Muitas de nós também cuidamos das gerações mais novas: de acordo com dados trabalhados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), no ano de 2020, 21,9% das pessoas idosas brasileiras viviam em domicílios onde também residiam pessoas que frequentavam a escola (crianças e jovens).

Para algumas de nós, nossas amigas e amigos são nossa família, e tomaremos conta dessas pessoas (e elas de nós) conforme envelhecermos. Esses importantes laços são frequentemente negligenciados ou minimizados por quem acha que falta algo em nossas vidas se não estivermos próximas de nossas famílias ou se não tivermos familiares morando perto de nós.

Não importa como definimos nossos relacionamentos, as conexões sociais podem ter um efeito positivo em nossa saúde. Como muitas de nós sabemos, o isolamento pode ser muito difícil de suportar. Criar e renovar laços com cônjuges, pessoas que amamos, membros da família, amigas e amigos e vizinhas e vizinhos pode melhorar nosso bem-estar e aumentar nossa longevidade. Até os animais de estimação podem ter um efeito positivo em nossas atitudes.



Figura 1 – Joan Ditzion segurando bebê. © Sam Ditzion.

Jogo rápido: casais mais velhos do mesmo sexo

As estatísticas para a população LGBTQ+ no Brasil são muito precárias, de modo que é difícil afirmar quantos indivíduos se encaixam nesse grupo, quem são e como vivem. Os dados do registro civil que constam no IBGE indicam um aumento no número de casamentos entre pessoas do mesmo sexo no Brasil, que passaram de 5.887, em 2017, para 9.056, em 2019. No entanto, não temos informações mais detalhadas sobre a composição etária desses casais.

Uma mulher de 98 anos diz que, além de cuidar de sua saúde através do sono e da dieta, continua passando tempo com amigas e amigos:

Eu socializo com outras pessoas, não apenas no meu prédio. E dou muita risada!

Uma pessoa de 73 anos descreve a importância de se manter conectada com sua comunidade espiritual:

Na semana passada, me sentei com um grupo de mulheres mais velhas discutindo religião e espiritualidade e me lembrei dos nossos encontros de oração no meio da semana 60 anos atrás... Cultivo meu espírito com música, natureza e meditação, mas sobretudo com afinidade com as pessoas que amo.

COMO LIDAR COM A PERDA

É nos anos da velhice em que provavelmente experimentaremos e lamentaremos a morte de amigas, amigos e pessoas queridas em número crescente. Muitas mulheres vivem mais tempo do que seus cônjuges ou parceiros masculinos – geralmente, pelo menos uma ou duas décadas a mais. No Brasil, em 2014, cerca de 55% das mulheres com 70 anos ou mais eram viúvas e, entre os homens dessa mesma faixa etária, esse percentual era de aproximadamente 19%.

Além das viúvas oficiais, milhões de nós perdemos parceiras e parceiros não oficiais. O luto pode ser complicado quando situações fora do convencional dificultam que as pessoas falem abertamente sobre suas perdas e recebam apoio essencial de amigas, amigos e da comunidade.

A limitação da expressão de dor vincula-se à viuvez lésbica por este ser um luto desprivilegiado, com seu sofrimento invisibilizado, silenciamento sobre sua condição e decorrente falta de apoio social, como se percebe [nesta fala]: “Quem sabia, sabia que eu estava mal por aquela razão. Quem não sabia, tentava saber e eu falava ‘não, eu perdi uma pessoa muito querida’. Eu mentia. Mas, no momento em que eu dizia [que era uma mulher], ouvia: ‘Ah que pena’, e aquele assunto se encerrava”.⁷

O apoio que chega torna mais fácil o luto e nos ajuda a encontrar consolo em nossas vidas cotidianas. Um grupo de amigas e amigos pode fazer toda a diferença:

Temos um grupo de mulheres com mais de 70 anos. Ficamos à vontade, conversamos sobre nossos problemas e ajudamos umas às outras oferecendo relações de apoio e suporte.

COMO SEGUIR SOZINHA

A essa altura da vida, algumas de nós podemos preferir não ter uma parceria especial. Talvez tenhamos sido solteiras sempre; talvez tenhamos nos divorciado, ficado viúvas e nos acostumado a ficar sozinhas. Podemos ter alcançado um relacionamento satisfatório e profundamente erótico com nossos próprios corpos – espiritualmente ou através de autossatisfação – ou podemos desfrutar do celibato e criar intimidade através de amizades ou de apoio social.

No Brasil, 14% dos domicílios em 2015 eram formados por pessoas vivendo sozinhas, e grande parte dessas pessoas viviam sua velhice. No Brasil, entre 2005 e 2015, o percentual de domicílios ocupados por uma só pessoa com 50 anos ou mais aumentou de 57,3% para 63,7%, e metade das pessoas com mais de 50 anos morando sozinha em 2015 era mulher.⁸ Algumas mulheres prefeririam ter uma parceira ou um parceiro, mas não o têm – se você tem mais de 60 anos, pode ser difícil encontrar uma pessoa companheira adequada de qualquer sexo. As mulheres heterossexuais estão sujeitas a um duplo infortúnio, porque, a cada década de idade passada, há menos homens em sua faixa etária, e esses homens podem preferir sair com mulheres mais jovens.

Uma mulher no início de seus 70 anos relata:

Uma mulher mais velha tende a saber o que funciona e o que não funciona, é independente e mais autossuficiente. Os homens mais velhos não gostam de ficar sozinhos.

Ser mais velha não tem de significar descompromisso para o resto das nossas vidas nem privação de sexo. Algumas de nós encontraram parceiras e parceiros compatíveis, com os quais companhia e o prazer são possíveis. Além de pegar contatos com familiares, amigas e amigos, pessoas mais velhas têm se beneficiado de sites e serviços de encontros on-line, que têm se multiplicado recentemente; as redes sociais, por exemplo, podem ser um jeito de desenvolver relacionamentos baseados em interesses compartilhados.

Às vezes, os contatos acontecem quando nem estamos procurando. As mulheres reacendem velhas chamadas ou encontram potenciais parcerias em atividades de voluntariado ou em novos empregos. Uma viúva há 20 anos encontrou alguém em seu prédio quando tinha quase 90:

Algumas vezes é pura sorte, claro. Ele pensava que era um homem de uma só mulher. Eu achava que era muito velha! Primeiro começamos a gostar um do outro com o passar do tempo. Depois, fomos pegos de surpresa e isso se transformou em amor. No início, hesitamos em admitir que sentíamos algo um pelo outro. Agora, embora nossos passados sejam bem diferentes, parece que estamos na mesma frequência sem forçar nada.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE

Algumas de nós conhecemos mulheres que reaprenderam a andar e a dançar novamente aos 80 anos, depois de cirurgias de quadril, e mulheres atletas de maior idade excelentes que só começaram a fazer esportes na velhice. As pessoas podem começar a ter uma vida mais saudável a qualquer idade, mas muitas de nós também encontramos desafios na saúde com crescente frequência e severidade conforme vamos envelhecendo. Essas questões afetam muitos aspectos da vida. Uma mulher de 70 anos que mora no Rio de Janeiro e pratica dança de salão comenta:

Quando danço, esqueço a idade que tenho. Porque quanto mais velha, mais limitações a gente vai tendo. Hoje, por exemplo, acordei com dor no joelho, mas a dança me faz um bem enorme.

Uma mulher que tem 63 anos acrescenta:

Convivi com familiares e amigas de idade quando foram diagnosticadas com diabetes tipo 2, hipertensão, câncer de pele, câncer de mama, câncer de útero, artrite e outras doenças crônicas, bem como com perda de força e de energia. Vi como a cura de uma doença menos grave ou uma lesão demoram mais para todas nós.

Uma mulher de 81 anos descreve como ela e suas amigas e amigos aprenderam a incorporar questões de saúde em uma discussão sem torná-la a única discussão de suas vidas:

Eu acho que, como a maioria das mulheres da minha idade, tenho consultas médicas com frequência com oftalmologista, dentista, consultas para outras doenças crônicas etc. Ir a essas consultas sempre levanta temas sobre a morte: o que essa dor quer dizer? Comecei a agrupar meus compromissos porque as questões de saúde podem tomar conta da sua vida, e quero focar em muitas outras atividades que curto. Tenho um grupo de amigas com as quais me reúno regularmente; juntas, fazemos 10 minutos de “relatório de saúde” – depois, mudamos para outros assuntos.

Ela também traça seus esforços para estar preparada:

Estou ciente de que pode acontecer uma emergência a qualquer momento, então carrego meu celular comigo o tempo todo e ativei o botão de emergência. Programei o número do pronto-socorro no meu celular com o acrônimo ECDE (Em Caso de Emergência), que, quando ativado, liga direto pra lá. Além disso, tenho comigo o tempo todo uma lista dos remédios que tomo, os nomes das minhas médicas e médicos, meu tipo sanguíneo, os remédios ou as comidas que me dão alergia e um contato do plano de saúde.

Todas nós envelhecemos de maneiras diferentes; algumas mulheres têm deficiência desde cedo, enquanto muitas desenvolvem deficiências na meia-idade ou na velhice como resultado de doenças crônicas. Muitas vezes, nosso medo de envelhecer é, na verdade, medo da incapacidade, da dependência e do isolamento que resulta dessas situações – existem, inclusive, estigmas relacionados a aparelhos que nos ajudam a nos mover, a ouvir e a ver. Da mesma forma como fizeram os movimentos de pessoas com deficiência, precisamos trabalhar por uma transformação, de modo que a sociedade possa dar mais apoio à medida que nos adaptamos às mudanças físicas.

MEDIDAS PREVENTIVAS: COMO CUIDAR DE NÓS MESMAS

Alguns dos efeitos do envelhecimento, antes considerados biologicamente inevitáveis, são evitáveis e, por vezes, até mesmo reversíveis. Prevenção é a palavra-chave: devemos fazer o que pudermos para cuidar de nós mesmas, de modo a combater ou aliviar as condições crônicas associadas à vida na velhice. Adquirir hábitos saudáveis – como reduzir a dependência de nicotina e álcool, fazer exercício, comer alimentos nutritivos e balanceados – pode nos ajudar a alcançar uma qualidade de vida mais gratificante.

Existem, no entanto, inúmeros obstáculos à introdução de mudanças no estilo de vida, incluindo insegurança financeira, doméstica e comunitária e nossa própria saúde atual. Além disso, muitos fatores estão fora do nosso controle. Por exemplo, anos de exposição a riscos de saúde no trabalho podem resultar em doenças crônicas e/ou debilitantes. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2019),⁹ a população com mais de 75 anos no Brasil apresenta as seguintes doenças crônicas: hipertensão arterial (62,1%), problemas de coluna (30,3%), colesterol alto (24,4%) e diabetes (21,1%). As mulheres são as que registram mais diagnósticos dessas doenças, pois costumam acessar mais os serviços de saúde do que os homens.

Devemos nos esforçar para fazer as mudanças que estão a nosso alcance e defender políticas trabalhistas, ambientais e de saúde que melhorem as condições em todos os lugares para que mais pessoas possam envelhecer com uma saúde melhor.

Confira, a seguir, algumas medidas preventivas básicas que podem fazer a diferença em nossos anos na velhice.

- **Comece ou continue a fazer exercício físico.** Exercícios físicos podem ajudar a manter ou a melhorar algumas condições crônicas associadas à velhice, incluindo diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Além disso, podem baixar a pressão arterial e reduzir os riscos de ataque cardíaco, acidente vascular cerebral, artrite e osteoporose e até ajudam a melhorar o sono e o funcionamento do intestino. Exercícios também têm se mostrado uma forma de melhorar habilidades mentais, e estudos indicam que podem ajudar a aliviar depressões que variam de leves a moderadas. Caminhe, nade ou mova-se de qualquer forma possível. Exercícios suaves, como yoga, tai chi ou a técnica Alexander, podem ajudar

com postura, equilíbrio e estresse. Muitos exercícios podem ser adaptados à medida que envelhecemos ou modificados para corresponder às nossas capacidades. Uma mulher de 67 anos conta:

Vou para a academia cinco vezes por semana (faço exercício aeróbico, spinning e levantamento de peso). Passei a ir com uns 50 anos, quando comecei a ter artrite e problemas crônicos nas costas e um pouco menos de energia. Adaptei minha rotina a essas mudanças. Adoro fazer exercício – é fundamental para me sentir com vitalidade, para meu bem-estar e para cuidar do meu corpo envelhecido.

- **Envolva sua mente.** Atividades que estimulam o cérebro – como palavras cruzadas, leitura e jogos de pergunta-resposta – podem oferecer alguma proteção contra o declínio cognitivo que vem com a idade. Um estudo descobriu que exercícios para o cérebro não ajudam as pessoas que já foram diagnosticadas com Alzheimer, mas pequenos lapsos de memória e redução dos processos cognitivos são um resultado do envelhecimento normal e precisam ser distinguidos de desordens neurológicas sérias, como a própria doença de Alzheimer.
- **Durma.** As pessoas mais velhas precisam da mesma quantidade de sono que as mais jovens. Às vezes, os padrões do sono podem mudar – você se vê indo dormir e levantando mais cedo –, mas os distúrbios e a redução do sono não são uma parte natural do envelhecimento e devem ser discutidos com uma pessoa profissional de saúde.
- **Marque um *check-up*.** No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a oferta gratuita e universal de uma atenção integral à saúde da pessoa idosa que abrange desde serviços de atenção primária até aqueles de maior complexidade. A atenção primária é a porta de entrada para diagnósticos iniciais e acompanhamento de saúde. Segundo o Estatuto do Idoso (2003), instrumento legal de amparo aos direitos da população idosa no Brasil, é de responsabilidade do Estado e da sociedade civil a condução de medidas que garantam o envelhecimento digno.¹⁰ As mulheres mais velhas também são incentivadas a fazer um exame anual de sangue para verificar os níveis de triglicerídeos e homocisteína, bem como o nível de açúcar no sangue (para a diabetes), a função da tireoide, o nível geral de eletrólitos, a produção hepática e renal, os níveis de vitamina B (especialmente vitamina B12) e de vitamina D. Exames odontológicos também são recomendados.

DOENÇAS CRÔNICAS COMUNS

Como vivemos mais, temos mais riscos de adquirir uma ou mais doenças crônicas, como as do coração, osteoporose, diabetes, artrite, algum tipo de câncer e incontinência urinária. Essas doenças podem afetar nossa capacidade de viver de forma independente e de participar de atividades diárias. Além disso, mulheres mais velhas

muitas vezes são cuidadoras e podem estar cuidando de uma pessoa querida que também sofre de uma ou mais doenças crônicas.

Para saber mais sobre doenças crônicas e encontrar ajuda para lidar com elas, acesse o site público do governo do estado do Rio de Janeiro, que oferece instruções sobre diagnóstico e tratamento de doenças crônicas: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Vigilancia.aspx?Area=DCNTS>.

Lidar bem com as doenças crônicas é um dos sinais do envelhecimento saudável. Nosso sistema de saúde, que dedica mais recursos a problemas agudos e doenças crônicas em estágio avançado, não é planejado para uma população envelhecida. Os recursos precisam ser mais direcionados para áreas como: prevenção; apoio para autocuidado e controle contínuo das doenças crônicas; desaceleração do progresso e redução dos sintomas, das complicações e das limitações funcionais das doenças; coordenação das intervenções preventivas, médicas e administrativas; comunicação excelente entre pacientes, famílias e planos de saúde.

ORIENTAÇÕES PARA OS CUIDADOS COM A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Se você teve/tem acesso a uma rotina de saúde, quando estiver na casa dos 60, provavelmente terá décadas de exames de checagem regulares comuns para problemas de saúde sexual e reprodutiva, incluindo câncer de colo do útero e câncer de mama. Conforme vamos envelhecendo, as orientações para os exames mudam. A seguir, estão algumas recomendações relativas a testes e tratamentos para quando tivermos 60 anos ou mais.

Dado que uma maior longevidade é um fenômeno recente, ainda não há uma abundância de dados confiáveis sobre as orientações para exames para mulheres com mais de 85 anos de idade – justamente por isso, temos que defender mais pesquisas para essa faixa etária.

Saúde vaginal

É importante manter a saúde vulvovaginal nos anos pós-reprodutivos. Se tiver problemas como secura vaginal ou dispareunia (dor antes, durante ou após a relação sexual), consulte uma ginecologista treinada para identificar e resolver problemas específicos.

Mamografia

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais aflige as mulheres brasileiras. Dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca) mostram que, em 2019 e 2020, o cân-

cer de mama foi o que causou mais mortes entre as pacientes com câncer, chegando a 16,4% e 29,7% dos óbitos, respectivamente.

As mulheres devem ter acesso regular aos exames das mamas e, embora estudos não tenham encontrado benefício em exames mais frequentes para mulheres que não têm histórico de câncer de mama, todas as mulheres, de modo geral, devem ser encorajadas a falar com profissionais de saúde se observarem quaisquer mudanças em seus seios.

Serviços sociais para pessoas LGBT+ idosas

As necessidades de cuidados de saúde das pessoas LGBT+ idosas são, muitas vezes, maiores. Por exemplo, as lésbicas têm mais riscos de contrair câncer, ter obesidade e dependência de drogas e álcool, enquanto as mulheres trans têm mais riscos de contrair HIV/Aids. Além disso, planos de saúde e serviços sociais podem não ter experiência em trabalhar com diversas comunidades mais velhas.

As iniciativas de amparo e atenção ao envelhecimento de pessoas LGBT+ são muito incipientes no Brasil.¹¹ Projetos como a garantia de reconhecimento das vivências LGBT+ em instituições de longa permanência, por exemplo, são inexistentes no caso brasileiro. Há, ainda, uma grande resistência em associar velhice com sexualidade, sobretudo para as mulheres, como se a vida sexual terminasse junto com o ciclo reprodutivo. A invisibilização da questão da sexualidade na velhice afeta não somente a saúde física das pessoas, mas também dificulta o exercício da sociabilidade para pessoas idosas.

A associação sem fins lucrativos EternamenteSOU é uma das poucas que propõem ações voltadas especificamente para a população idosa LGBT+ no Brasil. Para conhecê-la, visite o site: www.eternamentesou.org.

Exames de Papanicolau

O exame de Papanicolau (também conhecido como exame de PAP ou citologia cervical) é um teste simples que detecta células cervicais anômalas que podem levar ao câncer cervical (câncer de colo de útero).

De acordo com o Inca, prioriza-se a faixa etária dos 25 aos 64 anos para a realização do exame de Papanicolau, pois essa é a que apresenta maior incidência de casos de câncer de colo do útero. Mulheres com 65 anos ou mais que tenham feito seus exames regularmente ao longo da vida e sempre com resultados normais têm chances muito reduzidas de apresentar câncer cervical nessa fase. No entanto, o próprio Inca lembra que priorizar essa faixa etária não significa que as demais idades estejam excluídas do exame: “Na prática assistencial, a anamnese bem realizada e a escuta atenta para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos e do histórico assistencial da mulher são fundamentais para a indicação do exame de rastreamento”.¹²

Se você tiver feito uma histerectomia, fale com sua médica ou médico sobre a necessidade de ainda fazer exame Papanicolau de rotina. A resposta pode depender da razão para a sua histerectomia: se o seu colo do útero foi removido ou se você tem um histórico de displasia moderada ou grave.

Densitometria óssea

Mulheres mais velhas têm mais riscos de osteoporose porque a perda óssea é acelerada pelo declínio do estrogênio na menopausa. À medida que os ossos enfraquecem, as fraturas são mais comuns. Recomenda-se que todas as mulheres com mais de 65 anos façam esse exame. Os estudos não avaliaram os intervalos ideais, mas, para rever as alterações, deve haver um intervalo de no mínimo dois anos ou mais entre os testes. Não há dados sobre a idade para parar de fazer esses exames.

Para mais informações sobre problemas médicos que afetam apenas pessoas com útero, incluindo câncer de ovário, câncer de endométrio, prolapso do órgão pélvico e histerectomia, veja os capítulos da Parte 6, “Problemas Médicos & o Sistema de Saúde”.

Se disseram que você tem osteopenia, pondere suas opções antes de tomar remédio. O termo “osteopenia” é relativamente novo e significa apenas que a sua densidade mineral óssea (DMO) é inferior à média para mulheres brancas adultas jovens. Em outras palavras, a sua densidade mineral óssea pode ser perfeitamente normal para você. A osteopenia não é uma doença, e nem todas as mulheres que têm osteopenia desenvolverão osteoporose.

Fontes de informação sobre saúde

Informações de saúde precisas e confiáveis são necessárias em qualquer idade. Para informações sobre como encontrar fontes confiáveis e obter os cuidados de saúde de que necessita, consulte o Capítulo 24 “Entendendo o sistema de saúde brasileiro”. A seguir, confira alguns sites e boletins que oferecem informações específicas para mulheres e pessoas idosas:

- Saúde da pessoa idosa (Fiocruz): <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/>
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG): www.sbgg.org.br
- Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf

Todos esses links oferecem informações fidedignas sobre saúde e envelhecimento. A Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia são fontes confiáveis para a busca de informações sobre atenção à saúde de pessoas idosas no Brasil.

SEXUALIDADE

Quando temos sabedoria, conexão, logística, tempo, intimidade, senso de humor, facilidade de comunicação, resiliência de corpo e espírito e nenhuma criança chegando, quem precisa de juventude?

Joan Price, autora de *Better Than I Ever Expected: Straight Talk About Sex After Sixty*¹³ (“Melhor do que eu jamais poderia imaginar: conversa franca sobre sexo depois dos sessenta”)

O CONTINUUM DO SEXO

É um mito que o desejo e a atividade sexual se desvanecem como uma parte natural e irreversível do envelhecimento. A visão da nossa sociedade de mulheres envelhecidas como “secas” e sem sexo é perpetuada por uma cultura hipersexualizada e orientada para a juventude que não sabe o suficiente sobre a vida sexual de mulheres mais velhas e não vê essas mulheres como sexuais. A sexualidade, ao contrário da fertilidade, pode continuar ao longo de nossas vidas. O poeta estadunidense Henry Wadsworth Longfellow (1807–1882) compreendeu e expressou muito bem as oportunidades de envelhecer quando escreveu:

Porque a idade é oportunidade, como a jovialidade
Embora apareça com outra veste
E conforme o crepúsculo se desvanece,
o céu se enche de estrelas, invisíveis na claridade.

Embora possamos ter que acomodar algumas mudanças que podem tornar o prazer sexual mais desafiador (como artrite ou perda de energia), com uma boa comunicação e uma compreensão mais profunda das nossas necessidades – e um pouco mais de criatividade –, podemos continuar a dar e receber prazer.

Apreciar nossos corpos e nossa sexualidade de maneira mais plena pode acontecer em qualquer idade. Muitas mulheres passam a gostar mais de sexo depois da meia-idade ou mesmo anos mais tarde:

Não me preocupo mais com gravidez, as crianças cresceram; agora minha energia pode ser liberada. Tenho um novo interesse em sexo, mas, ao mesmo tempo, a sociedade está dizendo: “Você não é mais uma mulher atraente; aja de acordo com sua idade; se dê ao respeito”, o que significa, para mim, o mesmo que estar morta sexualmente.

Uma mulher de 73 anos diz:

Meu desejo sexual já não explode de maneira descontrolada. Mas está lá. Só precisa de um ambiente específico para emergir: velas e vinho para começar, um longo beijo depois do jantar, uma massagem na coxa do meu marido e depois um pouco de música. E não é qualquer música. Certas músicas e bandas, ao longo das décadas, sempre me excitaram. Para mim, são UB40, Santana e Manu Chao. Alguns minutos dançando e me despindo lentamente, algumas preliminares e já fico completamente excitada.

Os sentimentos sexuais muitas vezes dependem mais de como nos sentimos a respeito de nossos corpos e de nossas relações do que da nossa idade. Algumas mulheres descobrem sua sexualidade quando percebem uma nova identidade sexual ou quando saem de relacionamentos abusivos ou indiferentes. Algumas fazem as pazes com partes de seus corpos de que não gostavam. Às vezes, a saúde melhora, seja de forma natural ou mesmo através de mudanças.

Durante o sexo com alguém, talvez seja preciso superar anos de condicionamento para conseguirmos iniciar o sexo ou considerar alternativas aos padrões rotineiros. No entanto, é possível mudar velhos hábitos e suposições por meio de conversas e mútua exploração. Algumas de nós estão no mesmo relacionamento há anos e habituadas a resolver as coisas em conjunto:

A minha libido estava baixa e a de Tom também. Estávamos fazendo sexo com menos frequência, e eu sempre esperava que ele tomasse a iniciativa. Finalmente, disse para mim mesma: “posso fazer algo a respeito dessa situação, sou um ser sexual”. Então comecei a tomar a iniciativa no sexo e nos divertimos muito.

As inibições diminuem com a idade. Podemos nos dar mais liberdade para experimentar em nossos relacionamentos ou para sermos mais abertas. Algumas mulheres mais velhas têm relacionamentos com homens mais jovens; algumas têm relações sexuais com mulheres pela primeira vez; e outras, que mantiveram sua homossexualidade ou bissexualidade em segredo por muitos anos, podem finalmente se sentir mais confortáveis para se assumir.

Estou em um relacionamento com uma mulher há 18 anos e espero que ele dure para toda a vida. O sexo para nós é uma companhia estável. Durante a nossa semana de trabalho atarefada, nos abraçamos e dormimos de conchinha; e isso é bom. Nos fins de semana e nas férias, reservamos um tempo para fazer amor e apreciamos como isso nos reconecta e nos revitaliza.

Prazer na velhice

Como Meika Loe mostra na pesquisa de seu novo livro, *Aging Our Way: Lessons for Living from 85 and Beyond*¹⁴ (“Envelhecendo no nosso jeito: lições para viver depois dos 85”), mulheres com 85 anos ou mais desejam experimentar uma variada gama de prazer. Com definições mais amplas de prazer, oportunidades de intimidade sexual e prazer sensorial não desaparecem em estágios mais tardios da vida.

Lillian, de 90 anos, tem problemas de audição e usa um tanque de oxigênio. Ela descreve a intimidade com seu segundo marido:

Gostamos de passar tempo juntos e também de um pouco de sexo. A propósito, é muito agradável. Como sempre foi para mim. Bernie disse que não poderia me oferecer muito em termos físicos, nada além de muitos abraços e beijos, e mesmo assim eu achei tudo bem... Na primeira noite, no quarto dele, senti como se fosse virgem outra vez, pensando no que ia acontecer na nossa noite de núpcias. Ele veio até mim e foi simplesmente adorável. Eu disse a ele: “Bernie, você se subestimou!”. Gostaria de me sentir melhor agora, mas Bernie e eu nos amamos muito. Vemos filmes românticos todas as noites na TV.

Alice, uma viúva de 92 anos, adora contato físico com suas amigadas e pessoas queridas e gosta muito de abraços.

Abraços sempre são bons para as pessoas, mas são especialmente importantes para pessoas idosas. Lembro que, quando eu tinha 30 e poucos anos e visitava pessoas idosas que ficavam segurando a minha mão, eu só queria fugir dali. Mas agora eu entendo. É uma necessidade – quase involuntária.

Outras mulheres continuam explorando o prazer que sempre lhes trouxe muita felicidade e satisfação ao longo da vida:

A maior razão pela qual a minha vida sexual continua tão vital é que tenho múltiplos relacionamentos. Minha relação com meu marido tem sido não monogâmica durante todos os nossos 32 anos juntos. É um estilo de vida muito complexo e não é para todo mundo; foi um grande desafio e trouxe muita riqueza para a minha vida. A liberdade sexual é incrivelmente libertadora para mim e contribui para que eu me sinta mais jovem de mente, corpo e espírito – enriqueceu todos os meus outros relacionamentos, a curto ou a longo prazo. Tenho a impressão de que minha mãe, nesta idade, apenas tolerava sexo, mas não era uma atividade vital para ela. Que vida triste a dela!

Claro que nem todo mundo quer ser sexual. Por exemplo, uma mulher de 73 anos escreve:

Francamente, não preciso e não sinto falta de sexo. Tive uma vida sexual muito, muito completa e era louca pelo meu marido, o que era muito bom. Quando ele morreu, foi um verdadeiro choque. Não encontrei outra pessoa por quem tivesse esse tipo de desejo nesses 25 anos. Estou acostumada à minha vida da maneira que ela é agora e não acho que esteja incompleta.

Para algumas pessoas, o sexo é carregado de abusos e dores que podem nunca ser superados; outras têm menos interesse em sexo, mesmo estando em um bom relacionamento. Além disso, as pessoas com quem nos relacionamos também podem perder o interesse. Ajustes, interrupções ou mesmo se sentir menos sexual também pode ser resultado de doença crônica/aguda ou cirurgia. Nesses casos, pode levar algum tempo para a pessoa se adaptar a novas circunstâncias e retomar uma vida sexual agradável.

Apesar disso, há muitas maneiras de fazer sexo e experimentar prazer sexual, independentemente do *status* do nosso relacionamento ou da nossa capacidade física.

MUDANÇAS FÍSICAS QUE AFETAM A SEXUALIDADE

Um relatório especial de saúde da Harvard Medical School em 2010, *Sexuality in Midlife and Beyond*¹⁵ (“Sexualidade a partir da meia-idade”), identificou as seguintes possíveis mudanças sexuais relacionadas à idade para as mulheres:

- Alterações físicas: diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais, níveis inferiores de estrogênio e testosterona, afinação do revestimento vaginal, perda de elasticidade vaginal e do tônus muscular.
- Desejo: diminuição da libido, menos pensamentos sexuais e fantasias.
- Excitação: maior tempo para se sentir excitada, menos lubrificação vaginal e menor expansão da vagina, menor congestão sanguínea no clitóris e na parte inferior da vagina e menos sensibilidade no clitóris.
- Orgasmo: demora ou incapacidade de atingir o orgasmo, orgasmos menos intensos e menos contrações uterinas, que podem ser mais dolorosas.
- Resolução: o corpo retorna mais rapidamente a um estado não excitado.

Para aquelas de nós com parceiros masculinos, os efeitos relacionados com a idade também afetam a sexualidade dos homens. Homens com mais de 50 anos podem ter dificuldade de ter uma ereção suficiente para relações sexuais e, para conseguí-la, podem precisar de uma estimulação mais direta. Além disso, a necessidade de ejacular é menos urgente, e o período de descanso entre ereções aumenta.

Tais mudanças podem afetar nossas relações sexuais. Pode ser comum, por exemplo, preocupar-se que falta de lubrificação vaginal, orgasmos menos intensos ou dificuldades de ereção possam significar que uma parceria sente menos atração por nós ou perdeu o interesse pelo sexo. Essas percepções podem desencadear sentimentos de rejeição e mágoa (“Será que não sou mais sexualmente atraente?”, “Será que minha parceria está tendo um caso?”). Se você está começando uma nova relação sexual após o divórcio ou a morte de um cônjuge, também é bastante comum temer não conseguir se excitar ou não ser capaz de ter um orgasmo com outra pessoa. Nessas situações, também é comum ficar com vergonha de se despir e mostrar o corpo em mudança na frente de alguém novo.

Além disso, às vezes nos cansamos mais facilmente, como escreve esta mulher de 65 anos:

Ainda preciso da mesma estimulação clitorial de antes, quando era mais jovem, mas me canso muito mais depressa. Eu brinco com o meu parceiro que logo vamos precisar de um vibrador se ele achar que as suas mãos vão começar a ficar muito cansadas. Às vezes começo a cair no sono, mesmo quando estou ficando bem excitada. Isso nunca teria acontecido há algumas décadas!

Um estudo de 2007 sobre sexualidade e saúde entre pessoas adultas mais velhas descobriu que os problemas sexuais mais comuns citados por mulheres mais velhas eram baixo desejo, dificuldade de lubrificação vaginal e não conseguir atingir o orgasmo. Apenas 22% das mulheres (e 38% dos homens) relataram ter falado sobre sexo com profissionais da saúde depois dos 50 anos.¹⁶ Muitas mulheres evitam falar de dificuldades sexuais com ginecologistas ou demais profissionais de saúde; também é provável que pessoas médicas não se sintam confortáveis para falar sobre a sexualidade com pacientes de mais idade – principalmente com mulheres, uma vez que frequentemente somos percebidas como assexuadas – e precisam de mais conhecimento sobre essas pacientes e sua sexualidade.

Uma mulher comenta que seu médico não falou sobre sexo depois de uma cirurgia recente:

Coloquei um stent no verão passado e estava preocupada em retomar a atividade sexual com meu marido. O médico não mencionou sexo na longa lista do que eu poderia e não poderia fazer. Eu tive que puxar o assunto.

Em outro estudo de 2007 sobre agência e desejo sexual em mulheres mais velhas, muitas entrevistadas tinham internalizado pressupostos sociais que as levaram a valo-

rizar as necessidades sexuais de seus parceiros masculinos mais do que as suas próprias necessidades.¹⁷ Todas nós merecemos relacionamentos positivos com pessoas que nos amam por quem nós somos e que se preocupam com a nossa realização.

ABORDAGENS PRÁTICAS PARA ALTERAÇÕES SEXUAIS RELACIONADAS COM A IDADE

O declínio da saúde ou alterações corporais podem afetar a sexualidade. Doenças crônicas como diabetes podem diminuir o fluxo sanguíneo para os órgãos genitais; artrite, dor nas costas e limitação da mobilidade podem reduzir o número de posições sexuais confortáveis; e medicamentos para doenças crônicas, como hipertensão e doença cardíaca, podem afetar os níveis de energia e o funcionamento sexual. Também é comum sentir vergonha pela perda de um seio ou por ter uma bolsa de colostomia ou algum outro aparelho, especialmente em um relacionamento novo. Em 2004, participantes de uma pesquisa sobre pessoas aposentadas classificaram uma melhor saúde própria ou para suas parcerias como prioridade em uma lista de características que poderiam melhorar a sua satisfação sexual.

É importante lembrar, além disso, que a atividade sexual traz benefícios para a saúde. Ao se movimentar e gastar energia durante o sexo, o coração e as articulações se exercitam. O sexo ativo também pode queimar calorias e fazer com que o cérebro libere endorfinas, que ajudam a reduzir o estresse. A atividade sexual pode ajudar as pessoas a dormir melhor devido à liberação e aos efeitos sedativos da oxitocina e das endorfinas. Por sua vez, a contração e a descontração dos músculos vaginais durante o sexo e o orgasmo tonificam as paredes vaginais e exercitam os músculos do assoalho pélvico. Além disso, o movimento também fortalece esses músculos e pode ajudar a atrasar ou minimizar a incontinência. Já os orgasmos podem diminuir a dor durante horas – ter orgasmos regularmente também pode ajudar a manter a lubrificação vaginal, e a penetração vaginal pode ajudar a manter a elasticidade vaginal.

Enquanto eu era casada, nunca houve o problema de “se não usar, vai perder”, pois fazíamos sexo pelo menos duas a três vezes por semana, o que mantinha meus tecidos vaginais bem lubrificados. Depois que meu marido morreu, não tive um parceiro sexual fixo por mais de uma década, mas eu gostava de ter orgasmos sozinha. Também descobri que tomar óleo de fígado de bacalhau diariamente tinha um grande impacto e ajudava a manter meus tecidos vaginais lubrificados.

Se a sensibilidade dos seus mamilos, clitóris ou vagina mudar, é preciso ajustar a intensidade da estimulação e talvez experimentar o uso de um vibrador. Mudanças de posição – e almofadas de cama – podem proteger articulações e tecidos e levar

a um sexo mais confortável, especialmente se você tem problemas com mobilidade, flexibilidade ou dores nas articulações. Talvez seja necessário investir mais tempo e estimulação para se excitar e atingir o orgasmo, mas isso não é um problema. Reserve um tempo específico que seja melhor para você – por exemplo, algumas pessoas usam o fim de tarde para atividades sexuais porque os medicamentos já estão em ação, mas o cansaço ainda não chegou.

PERDA DE DESEJO

A maioria das mulheres experimenta flutuações nos níveis de desejo ao longo de suas vidas. Há muitas razões para experimentar menos desejo sexual: excesso de trabalho e ansiedade; perda do senso de novidade em uma relação de longa duração; história(s) de abuso; mudanças graduais e concessões feitas em um casamento de longa duração; ou o fato de que alguém com quem estamos namorando porque gostamos de sua companhia já não nos atrai sexualmente. Às vezes, porém, a falta de desejo sexual ou de resposta a estímulos sexuais pode ser causada por medicamentos, níveis hormonais mais baixos ou outros problemas médicos, como baixa função da tireoide ou doenças cardiovasculares.

Se você quer fazer sexo, mas está experimentando dificuldades, ou se está sentindo dor ou ansiedade em relação à atividade sexual, fale com profissionais de saúde ou terapeutas e avise que a atividade sexual é importante para você. Dependendo da causa, pode haver passos que você pode dar para melhorar suas experiências sexuais, incluindo modificar seus medicamentos.

Leituras recomendadas

- Portal do Envelhecimento: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/sexo-na-velhice-como-funciona/>.
- Artigo “A Sexualidade da mulher idosa”, das psiquiatras Heloísa Fleury e Camita Abdo: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n3/a4902.pdf>.

Se você acha que é o seu relacionamento que está causando o problema e que a comunicação entre vocês é difícil, considere buscar ajuda em conjunto – ou mesmo sozinha se a pessoa com quem você se relaciona não estiver disposta a fazer terapia. Terapeutas sexuais ou profissionais especialistas em relacionamentos e sexualidade podem oferecer conselhos úteis e/ou recomendar oficinas ou grupos de apoio sobre a sexualidade de mulheres mais velhas. Se nenhuma oficina ou grupo de apoio estiver disponível perto de você, considere organizar um.

Casais também podem aprender a lidar com mudanças no desejo. Uma mulher de 63 anos escreve sobre não ter mais libido:

Usei os cremes (que funcionaram maravilhosamente bem), mas agora quero usar o mínimo de medicamentos possível. Nos dedos do meu marido incrivelmente paciente e determinado ou nas ocasiões em que uso meus próprios dedos, qualquer creme à base de óleo faz maravilhas no meu clitóris. Combinado com muito aconchego e carinho ao dormir nus de conchinha, já é satisfação o bastante para mim.

A autora Joan Price¹⁸ escreve sobre a importância do planejamento para o sexo:

Descobrimos que o sexo funciona melhor quando agendado. Reservamos um tempo para o sexo e anotamos em nossas agendas ocupadas. Desligamos os computadores e os telefones. Saímos em encontros, ficamos na expectativa do nosso tempo juntos. Planejamos e fantasiamos, ficamos nos provocando por telefone sussurrando baixinho o que gostaríamos de fazer. O que perdemos ao abrir mão da espontaneidade, compensamos com preliminares mentais constantes.

AGRADAR A OUTRAS PESSOAS – E A SI MESMA

Sexo é o que te dá prazer erótico e sensual, seja acompanhada ou sozinha.

Carol Rinkleib Ellison, autora de *Women's Sexualities: Generations of Women Share Intimate Secrets of Sexual Self-Acceptance*¹⁹
 (“Sexualidades das mulheres: gerações de mulheres compartilham segredos íntimos de autoaceitação sexual”)

Assim como quando éramos mais jovens, podemos explorar nossa sexualidade sem uma parceria, buscando satisfazer a nós mesmas e descobrindo o que nos excita, desfrutando de fantasias e/ou autoestimulação. Para isso, brinquedos sexuais e eróticos, por exemplo, são facilmente encontrados on-line.

Quando estiver acompanhada, faça o que der prazer a você e à outra pessoa. Se seu parceiro for um homem de meia-idade ou mais velho, ele pode ter dificuldade de conseguir ter ou manter uma ereção. Muitas vezes, a impotência masculina é um segredo tácito.

Além disso, diversos estudos mostram que somente 30% das mulheres chegam ao orgasmo com frequência apenas com penetração vaginal. Muitas acreditam que há uma ampla gama de atividades sexuais que poderiam ser igualmente prazerosas, como tocar, beijar e acariciar o corpo todo, masturbação mútua e sexo oral – atividades que podem dar prazer e satisfação tanto às mulheres quanto aos homens.

Ainda sinto falta de estar com o meu falecido marido, quase 20 anos depois da morte dele. Mas agora que estou novamente em uma relação estável e amorosa com alguém que entende o meu corpo muito bem, voltei a experimentar prazer sexual profundo e gratificante. Às vezes, acho que ele sabe mais sobre o meu clitóris do que eu!

Infecção por HIV em mulheres mais velhas

Jane Fowler fundou, em 2002, a *HIV Wisdom for Older Women* (Sabedoria sobre HIV para mulheres mais velhas – hivwisdom.org), uma organização dedicada a conscientização, prevenção e cuidados para mulheres mais velhas. Ela foi diagnosticada com o vírus HIV em 1991, aos 55 anos de idade, e continua empenhada em discutir os riscos de infecções sexualmente transmissíveis. Como as mulheres mais velhas já não precisam de proteção contra gravidez, o uso de preservativo entre essa população é baixo. Além disso, mulheres mais velhas muitas vezes são ignoradas nas mensagens de prevenção para sexo mais seguro.

“Essa ideia persistente e ingênua de que as mulheres mais velhas não correm risco de contrair uma infecção viral e não precisam de informações de prevenção deve ser revertida na mente de todas as pessoas”, disse Jane Fowler ao *Women’s eNews*.²⁰

A estratégia usada por ela inclui incentivar adolescentes a falar com suas avós e seus avôs. “Depois de superada a vergonha inicial de descobrir que suas avós e avôs ainda fazem sexo, as pessoas percebem que estou certa e que avós e avôs correm os mesmos riscos de contrair infecções sexualmente transmissíveis”, disse Jane em uma entrevista.²¹

No Brasil, entre os anos 2009 e 2019, segundo dados do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, houve queda na detecção do vírus HIV em mulheres em todas as faixas etárias. As mulheres com mais de 60 anos apresentaram a menor queda em comparação com as demais faixas etárias. Apesar disso, a situação da disseminação do HIV no Brasil não é tranquila: estamos longe de atingir a meta orientada pela OMS de redução do contágio.

Se você gosta de relações sexuais e as alterações sexuais relacionadas à idade do seu parceiro estão tendo impactos em suas experiências, você pode falar com profissionais de saúde sobre medicamentos para disfunção erétil.

SOBRE OS CUIDADOS MÉDICOS

CUIDADOS MÉDICOS DO SÉCULO 21

Em qualquer idade, temos que considerar os exames médicos que estamos dispostas a fazer, qual das várias opções possíveis de tratamento é a melhor para nós (e quais opções são dispensáveis) e que nível de intervenção médica queremos (ou não queremos) se a nossa situação não tem chances de melhorar – e essas questões são ainda mais importantes agora que a medicina avançou com a alta tecnologia. Muitas de nós vamos desfrutar de uma saúde melhor e de uma vida mais longa que as gerações anteriores, mas as porcentagens de melhores condições são inconsistentes entre diferentes países, níveis de renda e grupos raciais e étnicos.

Uma pesquisa demográfica publicada pela Revista Fapesp (da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo),²² em 2021, mostrou que o Brasil está entre os países da América Latina com as mais baixas taxas de expectativa média de vida para as mulheres (entre 77 e 78 anos). O caso brasileiro ainda desponta como aquele em que há a segunda maior variação interna dessa expectativa, chegando a uma diferença de 6,4 anos de vida de acordo com a cidade onde vive a mulher. Os extremos obedecem à seguinte divisão: menor longevidade feminina no Norte do país e maior longevidade no Sudeste.

As pessoas mais velhas enfrentam mudanças físicas, emocionais, sociais e também desafios que requerem atenção especial; por isso, podem precisar de uma equipe multidisciplinar que as ajude a gerir os problemas médicos para ter o máximo de vitalidade, atividade e independência possível. Infelizmente, há uma grande escassez de pessoas médicas, enfermeiras, psicólogas, psiquiatras, dentistas e demais profissionais de saúde com treinamento específico para cuidar de pessoas mais velhas.

A recomendação da OMS é a de que haja um geriatra para cada 1000 pessoas idosas. No Brasil, de acordo com números de 2020 divulgados pela Faculdade de Medicina da USP e pelo Conselho Federal de Medicina,²³ há 2.143 médicos geriatras no Brasil, perfazendo 1,02 médico para cada 1000 idosos.²⁴ A maioria, atua na região Sudeste do país.

DIAGNÓSTICO ERRADO, TRATAMENTO ERRADO

Profissionais sem formação adequada podem interpretar a confusão emocional ou mental como apenas sintomas normais de envelhecimento quando, na verdade, esses sintomas podem indicar malnutrição, desidratação crônica, falta de estimulação (atividades diárias interessantes), problemas físicos tratáveis, luto ou uma reação a medicamentos.

Profissionais de saúde podem considerar as preocupações de mulheres mais velhas em relação à dor e a problemas de saúde como neuróticas, imaginárias ou simplesmente como o resultado inevitável do envelhecimento – e o fazem com muito mais

frequência do que com as preocupações de homens sobre esses mesmos assuntos. Por vezes, profissionais de saúde não tratam as doenças crônicas integralmente, diagnosticam mal e/ou não conseguem gerenciar problemas reversíveis e até exageram na prescrição de medicamentos. Por exemplo, é comum que mulheres mais velhas recebam prescrição de antidepressivos e analgésicos em vez de um exame completo para determinar o que está errado.

Por outro lado, coisas mais simples, como dieta, exercício e terapia (incluindo terapias físicas, ocupacionais e psicológicas), recebem menos atenção, mesmo quando mais precisamos delas. Complicando ainda mais a situação, os planos de saúde podem limitar o acesso a certos exames, tratamentos e profissionais de saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde promoveu, em 2014, um inquérito nacional sobre uso de medicamentos: a Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)²⁵ levantou dados sobre prescrição, acesso e uso de fármacos na população brasileira para doenças crônicas e doenças agudas. Nesse inquérito, averiguou-se que a utilização de medicamentos é maior entre mulheres e cresce com sua idade e nível socioeconômico. A prevalência do uso de medicamentos entre mulheres mais velhas era de 83,8% (entre 60 e 69 anos), 89,9% (entre 70 e 79 anos) e 90,9% (80 anos ou mais).

Além disso, muitas vezes, profissionais de saúde não perguntam quais medicamentos estamos tomando, incluindo produtos vendidos sem prescrição médica, antes de prescrever outros. É mais provável que pessoas mais velhas tomem mais medicamentos e tenham menos reservas físicas para combater efeitos adversos desses medicamentos – devido a uma dosagem incorreta ou interação medicamentosa – e sejam mais suscetíveis a hospitalizações em função de um efeito adverso.

O envelhecimento pode causar aumento da sensibilidade a medicamentos, uma vez que rins e fígado processam e eliminam os componentes mais devagar. Assim, você pode precisar de doses mais baixas ajustadas ao seu tamanho, idade, nível de atividade e necessidades nutricionais. Além disso, mulheres de qualquer idade podem necessitar de doses mais baixas do que os homens devido a diferenças físicas.

É preciso ter em mente, também, que alguns medicamentos podem causar depressão (o que acaba levando à prescrição de mais medicamentos) ou confusão mental, e os sintomas muitas vezes passam quando se para de tomar o medicamento.

Uma amiga minha que vive numa casa de repouso foi diagnosticada recentemente com várias doenças que exigem entre três e dez comprimidos por dia. Nunca disseram a ela para que eram ou para que serviam aqueles comprimidos. Quando a enfermeira veio a seu quarto trazendo os comprimidos, minha amiga a olhou diretamente nos olhos e disse: “O médico só conhece o meu corpo e como ele funciona por um curto período de tempo. Eu conheço meu corpo há 94 anos e não vou tomar nada até saber exatamente o que é!”.

Ao visitar profissionais de saúde, é sempre bom trazer uma lista das mudanças físicas e dos medicamentos que você está tomando, bem como uma lista de perguntas e preocupações ou, ainda, enviar as informações para o consultório médico antes da consulta (algumas pessoas médicas agora têm sites interativos que permitem a pacientes fazer perguntas antes da consulta). Uma mulher de 69 anos diz:

Contei à minha nova médica sobre o que como, todas as vitaminas que tomo, por que não gosto de ir à academia e quais atividades físicas faço. Também expliquei por que não quero fazer os mesmos exames invasivos que todo mundo da minha idade parece estar fazendo. Apesar de ter menos de 40 anos, ela pareceu entender e não insistiu. O mais importante de tudo é que ela se preocupou em me ouvir.

Às vezes nos sentimos intimidadas por profissionais de saúde e temos medo de fazer perguntas, questionar sobre possíveis alternativas ou solicitar uma segunda opinião. Lembre-se: você tem o direito de fazer todas essas coisas. Se profissionais da saúde não estiverem com seus conhecimentos em dia sobre a gestão de doenças e problemas crônicos do envelhecimento ou não estiverem cuidando bem de você e não responderem às suas preocupações, tente encontrar alguém que possa ser mais útil.

Tive problemas nas costas. Minha neurologista me enviou para um cirurgião ortopédico, que me disse que eu precisava fazer uma cirurgia que, segundo ele me informou, tinha alguns riscos. Não me senti à vontade com a avaliação dele e procurei uma segunda opinião. Foi difícil encontrar outra pessoa para essa consulta. A segunda opinião médica foi que eu não precisava de cirurgia. Eu, meu marido e nossas filhas e filhos concordamos com essa segunda opinião. Comecei a fazer fisioterapia e me sinto muito melhor.

Se não se sentir confortável em fazer perguntas, peça a alguém para fazê-las em seu nome e para acompanhá-la nas consultas. Ter um cônjuge, familiar ou pessoa amiga com você pode ser útil, especialmente se tiver que passar por um procedimento cirúrgico. Essa pessoa precisa saber o que perguntar e em que prestar atenção, além de ser persistente com cada profissional de saúde, especialmente se uma variedade de profissionais estiver envolvida. Assim, para navegar pelos serviços de saúde, pagar por acompanhantes está se tornando cada vez mais necessário.

No site da **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** (Anvisa), você pode encontrar mais informações sobre os medicamentos que está tomando: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos>

PLANEJAMENTO ANTECIPADO

O planejamento envolve a integração de todos os aspectos de nossas vidas: trabalho/aposentadoria, saúde/cuidados de saúde, cuidados de longa duração, finanças, moradia, relacionamentos significativos, atividades e comunidade. É melhor ter proatividade e falar sobre suas decisões de vida e de cuidados de saúde antes que uma crise apareça para que você possa envelhecer de acordo com seus princípios.

Compartilhar seus desejos com a família e amigas próximas pode ajudá-la a esclarecer seus planos e objetivos, assim como a aprender quais papéis você pode precisar que outras pessoas desempenhem. Às vezes, falar sobre o seu futuro com assistente social, *coach* de planejamento de vida, profissional de saúde mental ou líder de religião pode ser útil.

É impossível prever o futuro, mas, quanto mais preparada você estiver, maiores serão as chances de que seus desejos sejam respeitados. Veja, a seguir, alguns recursos úteis para o processo de planejamento.

APOSENTADORIA E SEGURO SOCIAL

As regras para aposentadoria no Brasil mudaram com a última reforma previdenciária feita em 2019. Pelas regras atuais, as mulheres devem ter no mínimo 62 anos de idade e mais de 15 anos de contribuição para ter direito a aposentadoria pelo regime geral – isso para trabalhadoras da iniciativa privada (para os homens, a idade mínima é de 65 anos, com mínimo de 20 anos de contribuição). No entanto, as mulheres que já tinham condições de se aposentar antes da reforma e não o fizeram poderão se aposentar pelas regras anteriores. Para as demais, valerão regras de transição que devem ser calculadas.

As trabalhadoras do serviço público, por sua vez, estão sujeitas a um regime próprio cujas regras se alteraram ao longo dos últimos anos – foram feitas cinco grandes reformas nos últimos 30 anos, o que complexifica o cálculo exato do momento e do valor do benefício final.

Já a pensão por morte para pessoas maiores de 45 anos é vitalícia. As pessoas pensionistas são aquelas consideradas dependentes da pessoa segurada, seja ela aposentada ou não.

A Previdência Social no Brasil também conta com um benefício destinado à pessoa idosa maior de 65 anos (também válido para pessoas de qualquer idade com

deficiência), de baixa renda e que não receba nenhum outro benefício do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é fonte de sustento de grande parte das pessoas idosas brasileiras – seu valor é de um salário mínimo, desde que se comprove que a pessoa beneficiada não tenha meios de prover sua subsistência nem de tê-la provida por sua família.

HABITAÇÃO

Ao envelhecer, você pode considerar se mudar para um lugar menor ou dividir seu espaço com amigas e amigos. Os movimentos de *cohousing* (moradias compartilhadas) estão se tornando alternativas cada vez mais atraentes entre pessoas aposentadas. Embora não seja uma tendência no caso brasileiro, é um fenômeno em alguns lugares na Europa e nos Estados Unidos. Nesses países, comunidades para pessoas idosas estão recebendo mais atenção, já que oferecem oportunidades para as pessoas envelhecerem melhor, garantindo acessibilidade a recursos comunitários, como compras, cuidados médicos, transporte e espaços religiosos. Essas comunidades, que são consideradas habitáveis para pessoas mais velhas, são habitáveis também para pessoas de todas as idades.

No Brasil, o mais comum para a população idosa, sobretudo para as mulheres idosas, é compartilhar a casa com demais parentes, no caso das viúvas, ou com cônjuge e filhas ou filhos.

De acordo com dados da PNAD Contínua (PNADC), em 2019, em 35% dos 72,6 milhões de domicílios brasileiros pelo menos um idoso residia. Nesses domicílios, moravam 65,3 milhões de pessoas, em média 2,6 pessoas por domicílio, das quais 30,9 milhões eram não idosas. Dentre os não idosos, 16,9 milhões não trabalhavam. Os idosos contribuíam com 70,6% da renda desses domicílios e 62,5% de sua renda vinha de aposentadorias ou pensões.²⁶

Os domicílios cuja renda depende da renda das pessoas idosas são, em geral, domicílios nos quais a pessoa idosa é aposentada ou pensionista, e esse rendimento cobre 50% ou mais das despesas da casa – a renda do trabalho da pessoa idosa, portanto, é significativa.

Em geral, os trabalhos de pessoas idosas são desempenhados por conta própria; homens, em geral, atuam como comerciantes, pedreiros e motoristas, enquanto mulheres costumam desempenhar funções de domésticas, comerciantes e auxiliares de serviços gerais. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) trabalhados por Ana Amélia Camarano,²⁷ pesquisadora do IPEA, a renda das pessoas idosas tem um peso nada desprezível na renda das famílias brasileiras.

AJUDA DOMÉSTICA E CUIDADOS DOMICILIARES DE LONGA DURAÇÃO

Atualmente, os serviços de cuidados domiciliares de longa duração são fragmentados e caros. As despesas de cuidados de longa duração que planos de saúde não cobrem representam o maior risco financeiro para pessoas mais velhas, especialmente para as que têm problemas cognitivos, físicos ou mentais.

Planos de saúde privados costumam ter preços proibitivos para pessoas com mais de 60 anos no Brasil. A maioria da população idosa brasileira não tem plano de saúde e depende exclusivamente do sistema de saúde pública. As pessoas que têm planos de saúde pagos costumam reclamar do alto custo e dos tipos de cobertura ofertados pelos planos, que, muitas vezes, as excluem de serviços que seriam necessários para elas. Uma pesquisa realizada com base em levantamento da Agência Nacional de Saúde (ANS) do Ministério da Saúde sobre reclamações de usuários de planos privados de saúde constatou que pessoas idosas são as que mais reclamam dos planos.²⁸

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS²⁹

As mulheres têm sido as principais cuidadoras há muitas gerações. Com o aumento da longevidade, um número crescente de nós verá mães e pais viverem até a velhice enquanto nós mesmas também envelhecemos. Embora a prestação de cuidados possa ser imensamente gratificante, as responsabilidades resultantes, que podem envolver anos de cuidados, têm que ser equilibradas com o local de trabalho e outros compromissos familiares.

Cerca de 92% das pessoas que prestam cuidados são mulheres; quando a cuidadora é familiar, não remunerada, chega a trabalhar todos os dias da semana, com jornadas diárias de 8 a 12 horas. Quando a cuidadora é remunerada, em geral, recebe pouco e trabalha mais de 12 horas por dia. A idade média de quem realiza os cuidados de saúde para pessoas adultas é superior a 50 anos – e uma em cada seis cuidadoras familiares é idosa. As cuidadoras remuneradas também são trabalhadoras mais velhas.³⁰

Pesquisas mostram que pessoas cuidadoras têm taxas mais elevadas de depressão, doenças crônicas, infecções e exaustão que pessoas da mesma idade que não cuidam de outras pessoas.

Necessidade de pessoas cuidadoras remuneradas

As mulheres constituem a grande maioria de profissionais de cuidados de longa duração, como enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, assistentes de cuidados pessoais e cuidadoras domiciliares – e são extremamente mal remuneradas pelos seus serviços. Muitos desses empregos são ocupados por mulheres negras, de baixa escolaridade e de faixa etária acima dos 50 anos de idade. Além disso, são empregos que exigem muito tempo em pé e

levantamento de peso, de modo que as trabalhadoras estão mais propensas a desenvolver condições crônicas, como dor nas pernas e nas costas. Apesar disso, essas mesmas trabalhadoras também estão mais sujeitas a não ter seguro de saúde adequado para pagar pelos próprios cuidados.

Todas as mulheres preocupadas com a prestação de cuidados – seja como cuidadoras familiares, trabalhadoras remuneradas ou beneficiárias de cuidados – devem unir-se para afirmar o valor de seu trabalho e defender salários e benefícios decentes.

Um dos maiores desafios de quem cuida profissionalmente de pessoas idosas é equilibrar o autocuidado com as suas múltiplas responsabilidades. A necessidade de apoio a familiares que prestam cuidados não pode ser subestimada.

Muitas vezes, as pessoas pensam que prestar cuidados se limita a cuidar de cônjuges, esquecendo-se que muitas de nós somos solteiras. A ensaísta Margaret Nelson escreve com grande compaixão e discernimento sobre tomar as decisões de cuidados e de fim de vida de uma amiga, chamada Anna, que foi diagnosticada com o que acabou vindo a ser um câncer terminal. Anna era solteira, vivia sozinha e não tinha família próxima. Ela pediu a Margaret e a outra amiga que compartilhassem o papel de exercer uma procuração de longo prazo.

Algumas semanas após a morte de Anna, Margaret encontrou um colega que queria enviar um cartão de pêsames:

Ele perguntou se eu sabia a quem devia ser enviado. Quando respondi que poderia enviar a carta para mim, ele não entendeu o que eu disse, presumindo que eu quis dizer que iria enviá-la para a família dela. Quando tentei explicar que ficaria com o cartão, ele novamente não entendeu.³¹

REPOUSO E RECURSOS

Com o aumento do número de mulheres na força de trabalho, menos irmãs e irmãos para compartilhar longos anos de cuidado e maior distância geográfica entre os membros das famílias, quem fornece os cuidados primários tem, muitas vezes, dificuldade de obter ajuda. No entanto, ninguém pode fazer tudo sozinho.

No Brasil, não há regulamentação da profissão de cuidadora ou cuidador de pessoas idosas, apesar de tentativas de profissionalização. As ações de cuidado com crianças pequenas, idosos dependentes e pessoas com deficiência são usualmente praticadas por pessoas da família, mulheres em sua maioria, de forma gratuita e não especializada. A remuneração das tarefas se dá a partir da legislação brasileira vigente, que regula os contratos dos serviços domésticos domiciliares ou das prestações de

serviço em instituições. Dessa forma, os insumos necessários para a realização do cuidado estão dispersos, desregulados e desigualmente distribuídos em nosso país, o que tem efeitos diretos no dia a dia das famílias, sobretudo as mais pobres.

Recentemente, a Fiocruz disponibilizou um material para cuidadoras de pessoas idosas que informa sobre seus direitos trabalhistas e oferece dicas para o autocuidado, já que, a partir da eclosão da pandemia de Covid-19, a demanda por esse tipo de cuidado se intensificou. Confira esse material nos links a seguir:

- “Cartilha de autocuidado das pessoas cuidadoras de idosos na pandemia de Covid-19”: <https://www.covid19.cuidadores.fiocruz.br/CartilhaAutocuidado.pdf>.
- “Direitos das pessoas cuidadoras de idosos na pandemia de Covid-19”: <https://www.covid19.cuidadores.fiocruz.br/cartilhadireitos.pdf>.

Também existem iniciativas de redes e grupos de apoio para pessoas cuidadoras de idosos espalhadas pelo país. Muitas delas são ligadas a associações da sociedade civil ou a órgãos públicos e têm como objetivo oferecer assistência psicológica e social às pessoas cuidadoras, sejam elas familiares ou remuneradas.

ACEITAR CUIDADO QUANDO PRECISAMOS

Ao mesmo tempo que muitas de nós aceitamos e até esperamos que outras pessoas dependam de nós, muitas também tememos nos tornar dependentes. Precisamos aprender a aceitar ajuda sem nos sentirmos diminuídas, assim como as pessoas ao nosso redor precisam aprender a oferecer ajuda à medida que nossas relações mudam e nos tornamos mais dependentes. Doenças crônicas ou uma nova deficiência podem ser um golpe para o nosso orgulho e para a manutenção de hábitos de autossuficiência.

Abuso e negligência de pessoas idosas

Mulheres mais velhas e pessoas que dependem de outras para cuidados e proteção estão em maior risco de abuso, negligência e abandono. A esmagadora maioria dos casos de abuso e negligência ocorrem em ambientes domésticos e, em mais da metade de todos os casos relatados, um membro da família é identificado como o abusador. Muitos casos de abuso de pessoas idosas envolvem violência entre cônjuges e pessoas com quem se relacionam.

No Brasil, as fontes importantes de dados sobre violência são as estatísticas policiais, as de saúde e o Programa Disque 100 (número que recolhe denúncias de violações de direitos humanos). Os dados não se encontram unificados e dependem da capacidade de atualização da coleta de informações por parte dos estados.

No caso de violência contra idosos, registrou-se, via Disque 100, um aumento de 53% de situações entre 2019 e 2020, o que especialistas atribuem ao isolamento social durante a pandemia de Covid-19. Em balanço realizado pelo Programa em 2019, atestou-se que a forma prevalente de violência contra as pessoas idosas é a negligência, seguida de violência psicológica. As vítimas são, em sua maioria, do sexo feminino.

Apesar de um sinal não indicar necessariamente abuso, alguns podem avisar que há um problema:

- Hematomas, marcas de pressão, ossos quebrados, abrasões e queimaduras podem ser uma indicação de abuso físico, negligência ou maus-tratos.
- Saída ou parada inexplicada de atividades normais, uma mudança súbita na vigilância ou depressão incomum podem ser indicadores de abuso emocional.
- Contusões em torno dos seios ou região genital podem ocorrer a partir de abuso sexual.
- Mudanças súbitas em situações financeiras podem ser resultado de exploração.
- Escaras, necessidades médicas sem assistência, má higiene e perda de peso incomuns são indicadores de possível negligência.
- Comportamentos como menosprezar, ameaçar e outros usos de poder e controle por cônjuges ou pessoas com quem pessoas idosas se relacionam são indicadores de abuso verbal ou emocional.
- Relações complicadas, tensas ou discussões frequentes entre quem cuida e a pessoa que recebe ajuda também são possíveis sinais.

Agressão sexual e contato sexual não consensual – incluindo toques indesejados, conversas sugestivas, nudez forçada e exposição forçada a conteúdos sexualmente explícitos – são possíveis em qualquer idade. Quem presta algum serviço para nós pode ignorar sinais de agressão, e podemos sentir-nos envergonhadas de conversar sobre isso – esse medo, no entanto, pode contribuir para a subnotificação de agressão sexual entre as mulheres mais velhas.

É frequente encontrar obstáculos para sair de uma situação dessas ou para obter ajuda, o que inclui querer manter a família unida. Por exemplo, talvez seja difícil sair porque a pessoa que pratica o abuso depende de você financeiramente ou de seus cuidados. Além disso, muitas de nós enfrentamos a pobreza ou a diminuição da renda à medida que envelhecemos e, por isso, podemos não dispor dos recursos financeiros ou de habitação acessível e adequada para sair de uma situação dessas.

Necessidades de cuidados complexos de saúde, problemas de mobilidade ou deficiência podem combinar-se com a falta de serviços comunitários acessíveis

e tornar a vida por conta própria difícil ou impossível. Pessoas abusadoras são conhecidas por danificar os dispositivos de assistência ou impedir visitas médicas, limitando ainda mais a mobilidade e o acesso a ajuda.

Se sofrer ou suspeitar de abuso contra pessoas idosas, negligência ou exploração, ligue para o número 100, contacte o Ministério Público ou as Delegacias Especializadas de Proteção ao Idoso. As Promotorias voltadas ao atendimento da população idosa, assim como as delegacias especializadas, são equipamentos disponíveis nos estados brasileiros.³²

Aceitar assistência pela primeira vez sem ressentimento ou perda de orgulho pode ser um desafio. Se ajudantes fornecerem escolhas quando possível, pode ser mais fácil aceitar auxílio.

Como viúva aos 80 anos, estava vivendo sozinha e era cada vez mais difícil me locomover. Muitas pessoas queridas do meu convívio já tinham morrido... A solução foi me mudar para uma comunidade de cuidados de longa duração perto da minha filha – ter o apoio da família nas proximidades me deu independência. Além disso, minha mudança permitiu que minha filha e eu renovássemos a nossa relação. Construímos uma amizade baseada numa profunda compreensão mútua, e eu realmente valorizo isso na minha velhice.

Outra mulher diz:

Quer tenhamos netas e netos ou não, estar em conexão com bebês, crianças de parentes, amigas e amigos, pessoas de nossa vizinhança ou clientes coloca a vida em perspectiva. Penso na vulnerabilidade do meu neto e em como as suas necessidades serão satisfeitas. Não seria bom se vivêssemos em mundo onde a dependência de pessoas mais velhas fosse tratada com tal cuidado e amor?

VIVER PLENAMENTE: CONSTRUÇÃO DE COMUNIDADE, LUTA CONSTANTE POR DIREITOS

Do fundo do meu coração: a vida se torna cada vez mais surpreendente depois dos 40, 50, 60 e, sim, 70.

Gloria Steinem (aos 66 anos)³³

A receita para uma boa saúde ultrapassa os princípios básicos da saúde física e emocional; inclui ter propósito e entusiasmo pela vida. Os pontos fortes que desenvolvemos ao navegar pelos desafios da idade adulta fornecem a base para uma vida bem-sucedida, com significado e realizações durante os nossos últimos anos.

Envelhecer pode ser maravilhoso se não for imposto por regras de outras pessoas sobre como você deve ser quando é velha. Conscientemente quebro o máximo delas que posso, porque então estou rompendo a opressão.

Lidamos com menos tempo restante, definimos nossas prioridades e descobrimos o que realmente importa para nós. À medida que desenvolvemos um propósito, podemos descobrir que temos mais tempo e liberdade de nos abrir a uma expressão mais criativa.

Aprendendo ao longo da vida

Algumas de nós descobrimos novas conexões e oportunidades gratificantes através da aprendizagem ao longo da vida por meio de organizações, faculdades e universidades públicas e privadas. As Universidades Abertas para a Terceira Idade, por exemplo, oferecem cursos e atividades sem crédito para pessoas adultas com mais de 60 anos. Em trabalho apresentado em 2017 por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina,³⁴ verificou-se que havia 36 programas ou projetos educacionais voltados para a população idosa em um universo de 63 universidades federais brasileiras.

Voltei à arte depois de muitos anos. Estou conversando com a pintura, com o papel e com o mundo visual, às vezes respondendo realisticamente e às vezes abstratamente. Aos 67 anos, esse desejo interior de pintar parece uma resposta mais autêntica e central do que na juventude, e sei que me sustentará para o resto da minha vida.

O doutor Gene Cohen, um psiquiatra geriátrico que foi o primeiro chefe do Centro de Envelhecimento no Instituto Nacional de Saúde Mental e o primeiro diretor do Centro de Envelhecimento, Saúde e Humanidades da Universidade George Washington, estava convencido de que as pessoas mais velhas têm poços inexplorados de criatividade e habilidades. Ele chamou as atividades criativas de “chocolate para o cérebro envelhecido”.³⁵ Cohen conduziu o primeiro estudo longitudinal nacional sobre o impacto da criatividade, do envelhecimento e do bem-estar. Patrocinado em parte pela *National Endowment for the Arts* (Fundo Nacional para as Artes), o estudo demonstrou uma ligação positiva entre criatividade e envelhecimento saudável.

Uma mulher de 68 anos descreve os passos que deu depois de decidir que queria cantar canções folclóricas para sua neta. Primeiro, ela teve que aprender a tocar violão:

Fui à escola de música mais próxima, arranjei um professor de violão de 28 anos que toca jazz e blues e lhe disse que queria aprender a tocar três acordes. Depois de muitas semanas ele continuou dizendo: “Você não está entediada?”. Ele começou a improvisar comigo enquanto eu tocava. A partir daí, começou a me ensinar blues em doze compassos e progressões musicais e fui para outro nível. Comecei a tocar em clubes e entrei para um grupo de jazz. Sou principiante, mas adoro o processo.

Aquelas de nós que cresceram no movimento das mulheres sabem que temos mais oportunidades e possibilidades diante de nós do que as gerações anteriores tinham com a mesma idade.

A velhice chega quando parecemos velhas ou quando nos sentimos velhas? Quando é que se começa a envelhecer? De acordo com um estudo do Pew Research Center de 2009,³⁶ pessoas de 18 a 29 anos entrevistadas acreditam que é normal se tornar velha aos 60 anos. Respondentes de meia-idade colocam o limiar mais próximo dos 70 anos, e pessoas com 65 anos ou mais dizem que uma pessoa normal não envelhece até completar 74 anos.

Quanto à idade que se sente, quase metade das pessoas participantes com idade igual ou superior a 50 anos dizem que se sentem pelo menos 10 anos mais jovens do que a sua idade real. Entre quem tem entre 65 e 74 anos de idade, 16% dizem que se sentem pelo menos 20 anos mais jovens do que sua idade, e 34% dizem que se sentem de 10 a 19 anos mais jovens.

Uma mulher descreve algumas atitudes que vê em seu grupo de convivência para pessoas idosas:

Estamos tão presas à idade! Não penso em envelhecer em termos de idade. Aqui, pessoas com 100 anos vêm para as aulas de exercício. Não usamos a palavra “velha”. Pensamos que quem tem 80 anos é jovem. Se você é ativa e tem vitalidade, se sua vida é interessante, isso é o que conta. Isso dá coragem às outras pessoas.

Muitas de nós nos perguntamos como podemos viver com paixão, propósito, esperança e significado até nosso último suspiro. Estamos mapeando novos territórios em nossos últimos anos e criando novas normas para o envelhecimento. Através de grupos de apoio e outros coletivos, encontramos formas de afirmar nossos dons e

definir nossos legados. Quanto mais dermos voz para a experiência completa de nosso processo de envelhecimento sem nos sentirmos “menos que”, mais poderemos apoiar-nos umas às outras para resistir a atitudes ageístas. Nosso senso de nós mesmas muda em nossos anos mais velhos, especialmente quando não temos papéis familiares e estamos equilibrando perdas e ganhos e reinventando significado e valor próprio.

Aos 80, estou mais concentrada em ser do que em fazer. Meu mundo exterior encolhe à medida que meu mundo interior se expande. Abraço essa etapa da vida tentando aceitar novas limitações e refletindo sobre o que me enriquece, me nutre e sobre o significado de viver agora, já que não posso fazer e ser como era antes.

TRABALHO E APOSENTADORIA

Muitas mulheres estão trabalhando com 70 anos ou mais; por isso, temos de defender políticas institucionais que tornem as opções de trabalho flexíveis mais acessíveis a essas pessoas idosas que ainda trabalham.

Segundo a PNAD Contínua de 2017 (IBGE, 2018),³⁷ um reflexo da crise econômica no Brasil expressou-se no aumento da participação das pessoas idosas na força de trabalho. Contudo, assim como os demais segmentos populacionais, a dificuldade de encontrar ou permanecer em uma ocupação também apareceu entre os mais velhos. A taxa de desocupação variou de 1,9%, em 2014, para 4,6%, em 2017. Esse dado é importante, pois mostra o quanto essa população também depende da renda do trabalho para se manter. De acordo com pesquisa da Fundação Getúlio Vargas com dados de 2018 do IBGE, 27,9% da população idosa brasileira (mais de 60 anos) se apresenta como responsável pelo domicílio onde vive e 71% ocupa a posição de pai, mãe, padrasto ou madrasta na casa em que reside.³⁸

A aposentadoria, mesmo que bem acolhida, pode levar a perda de posição social, estrutura e renda. No entanto, os padrões da aposentadoria estão mudando à medida que procuramos atividades significativas ao longo de nossas vidas. Esses últimos anos podem ser um tempo para reconexão, renovação e crescimento contínuo; é possível explorar campos ou atividades inteiramente novas e buscar oportunidades voluntárias que fortalecem nossa autoestima, conexões com a comunidade e um senso de propósito.

VIDA INTERGERACIONAL

À medida que procuramos modelos positivos para a velhice e pensamos sobre o que podemos deixar para as gerações futuras, passamos a considerar a construção de ligações intencionais com pessoas jovens de nossa família ou comunidade. Uma mulher de 60 anos descreve como é ser avó de um menino pequeno:

Quando o vi, senti imediatamente um sentimento visceral de apego e amor incondicional por esse bebê. Isso é um dos dons do envelhecimento. Amá-lo me coloca em contato com o envelhecimento de uma nova forma. Ele me puxa para o meu futuro e para um novo capítulo da minha vida. Sinto-me rejuvenescida.

A nossa sabedoria e certas habilidades que temos podem ser muito necessárias para as gerações mais jovens. Programas intergeracionais que unem idosos com mulheres mais jovens ou com crianças que não vivem perto de suas próprias avós podem trazer alívio a quem vive sua velhice. A conexão intergeracional pode envolver compartilhar receitas familiares, curar relacionamentos com aqueles que amamos, escrever memórias, pesquisar e redigir histórias familiares e criar testamentos éticos que expressem nossos valores e nossa sabedoria.

No âmbito das municipalidades brasileiras, é possível encontrar iniciativas locais de projetos de convivência entre pessoas jovens e idosas. As prefeituras, através das secretarias de saúde e/ou de assistência social, podem desenvolver ações que reúnam jovens e idosos com o intuito de promover simultaneamente o envelhecimento ativo e a atenção aos jovens.

Uma mulher de 85 anos que vive em um sistema de coabitação diz que a experiência permitiu que ela e seu agora falecido marido envelhecessem em uma comunidade intergeracional:

Nós temos festas coletivas, eventos comunitários e nos envolvemos em atividades socialmente conscientes. Acolhemos recentemente uma família do Uruguai por seis meses enquanto seu filho recebia tratamento médico. Nesse ambiente, experimento plenamente mortes, nascimentos, crianças crescendo – todos os aspectos do ciclo da vida que não são típicos em nossa sociedade segregada por idade.

Na medida em que trabalhamos para construir uma sociedade que celebra e apoia a terceira idade, promover relações intergeracionais e participar de organizações de defesa são passos essenciais para a construção de redes de apoio. Podemos partilhar, celebrar e continuar nosso trabalho em busca de justiça social, política e econômica.

Ir à Marcha Pela Vida Das Mulheres foi uma das coisas mais interessantes e emocionantes que já fiz nos meus 85 anos. A League of Women Voters [Liga de Mulheres Eleitoras] local organizou ônibus que iriam de nossa comunidade de pessoas aposentadas para Washington, D.C., e, em seguida, acompanhariam lentamente na retaguarda para que aquelas de nós que não conseguissem andar tanto pudessem participar. Fazer parte de um evento tão importante com todas aquelas jovens mulheres foi eletrizante.

TRABALHAR EM CONJUNTO PARA PRODUZIR MUDANÇAS

Se organizarmos ou trabalharmos para organizações que promovem nossas questões, poderemos aproveitar melhor a influência do número crescente de mulheres idosas³⁹ como eleitorado político. No Brasil, os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa⁴⁰ são espaços que reúnem governo e sociedade civil para debater, sugerir e acompanhar medidas que promovam os direitos das pessoas idosas. Além disso, os Conselhos têm representação municipal, estadual e nacional e são uma poderosa voz de articulação e visibilização desse segmento populacional, sobretudo das mulheres, que são maioria entre as pessoas idosas.

Nos próximos anos, precisamos construir nossa força em números, criando e apoiando programas que atendam às necessidades das mulheres mais velhas, incluindo os cuidados que você confere a seguir.

Cuidados de longa duração

Precisamos de um sistema de cuidados contínuos em que todas recebam cuidados adequados à sua condição, oferecidos prontamente e de forma eficiente em um ambiente de sua escolha e ajustados conforme as necessidades de mudança. Temos de continuar a pressionar a legislação e as instituições de saúde para que apoiem os cuidados de longa duração e os serviços sociais necessários para a população em processo de envelhecimento. Uma melhor prestação de cuidados às pessoas idosas exige um melhor pagamento para todas as pessoas que cuidam de doentes crônicos – incluindo assistentes sociais, gerentes de casos e pessoas cuidadoras. Além de ser necessário um maior reconhecimento social do papel de quem cuida de familiares, é urgente encontrar formas de pagar essas pessoas pela prestação de cuidados de longa duração.

Cuidados de saúde

Proteger e manter o SUS é crucial para a saúde das mulheres. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída em 2006 (Portaria n. 2528), prevê em suas diretrizes a atenção ao combate à desigualdade social e de gênero nas idades mais avançadas. Defender o SUS e garantir a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é uma tarefa urgente e fundamental.

Equilíbrio entre trabalho e família

O Brasil não tem políticas que apoiem adequadamente um equilíbrio razoável entre trabalho e família. Nós não somos pagas para realizar trabalhos domésticos, cuidados infantis e de pessoas idosas, os quais nos mantêm fora do mercado de trabalho quando nossas filhas e filhos são jovens e, novamente, quando somos necessárias para ajudar com pais idosos e outros membros da família. Essas lacunas no trabalho remunerado reduzem, mais tarde, nossos subsídios de aposentadorias e nossas pensões.

Temos de defender políticas institucionais como as implantadas no Uruguai, país que instituiu um Sistema Nacional de Cuidados que “promove a implementação de políticas públicas destinadas a responder às necessidades das pessoas com mais de 65 anos em situação de dependência, crianças dos 0 aos 3 anos e pessoas com deficiências graves”.⁴¹ No Brasil, não temos políticas de Estado voltadas para o cuidado de forma integrada e unificada. As ações de cuidado com crianças pequenas, idosos dependentes e pessoas com deficiência são usualmente praticadas por pessoas da família, mulheres em sua maioria, de forma gratuita e não especializada. A remuneração dessas tarefas – quando existe – é feita a partir da legislação que regula os contratos dos serviços domésticos domiciliares ou das prestações de serviço em instituições, como as instituições de longa permanência, cuja oferta é prioritariamente feita pelo mercado, e não pelo Estado. Dessa forma, os insumos necessários para a realização do cuidado estão dispersos, desregulados e desigualmente distribuídos em nosso país, o que tem efeitos diretos no dia a dia das famílias, sobretudo as mais pobres.

Seguro de aposentadoria

Embora o sistema previdenciário brasileiro tenha sido explicado anteriormente, é importante destacar que a Previdência Social é fonte dos recursos que garantem a sobrevivência das pessoas idosas brasileiras. A situação de disparidade salarial entre homens e mulheres também é característica do Brasil, onde mulheres chegam a ganhar até 34% menos do que os homens exercendo a mesma função – o que certamente tem efeitos em sua aposentadoria. Além disso, as mulheres tendem a conseguir menos postos de chefia e liderança e têm a vida laboral condicionada à vida familiar. As medidas destinadas a reduzir os benefícios, aumentar a idade de aposentadoria ou privatizar a seguridade social prejudicarão a segurança econômica das mulheres.

A maior parte das mulheres não recebe pensões pagas pela empresa; por isso, é preciso expandir o acesso aos programas de aposentadoria para quem trabalha meio-período e de forma temporária, transferir os planos de pensões e aumentar os direitos conjugais a todas as pessoas. Esses são apenas alguns dos motivos pelos quais ainda é necessário cobrar que o Congresso encerre as disparidades salariais entre homens e mulheres.

Por fim, é importante destacar que o Estado brasileiro reconhece a união civil entre pessoas do mesmo sexo e estende direitos de pensão a esses casais. Nesse sentido, muitas mulheres mais velhas se beneficiariam com a extensão dos direitos de pensão conjugal a todas as pessoas. Por isso, temos de aumentar os benefícios para as viúvas e conceder créditos de seguridade social a quem presta cuidados.

Envelhecer é um processo que, de alguma forma, toca a vida de todas as pessoas. Juntas, precisamos contar nossas histórias e pressionar os governos locais, estaduais e nacionais a fornecer um contínuo de serviços para os nossos anos de envelhecimento,

garantindo que os programas públicos e privados reconheçam a diversidade de nossas vidas e recursos econômicos. Os passos que damos à medida que envelhecemos influenciarão as atitudes e a política agora e para as gerações futuras.

NOTAS

1. Ashton Applewhite, “Staying Vertical: Dispatches from the Old Old on Work and Happiness”, *Staying Vertical*, 11 de novembro de 2009. Disponível em: stayingvertical.com/?q=node/227
2. Berlindes Astride Kuchemann, “Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios”. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/wvhWcGgZ6NTbXLpbmkf3ThC/?lang=pt>
3. Centro de Políticas Sociais, FGV Social. Disponível em: www.cps.fgv.br
4. Ana Amélia Camarano, “Vidas idosas importam, mesmo na pandemia”. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, n. 28, p. 509-537, 2021. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10821/1/BPS_28_nps1_vidas_idosas.pdf
5. Shirley Haynes, “Odds N Ends,” *McKenzie River Reflections*, 26 de abril de 2007. Disponível em: bit.ly/ecyDiH
6. Play Pesquisa, “Os ‘novos’ avós – e as novas perspectivas para o envelhecimento”. *Gente, Globo.com*, 26 de julho de 2021. Disponível em: <https://gente.globo.com/pesquisa-infografico-os-novos-avos/>
7. Ana Carolina Arima e Joanneliese de Lucas Freitas, “O luto velado: a experiência da viuvez lésbica em uma perspectiva fenomenológica-existencial”. *Trends in Psychology*, v. 25, n. 4, p.1467-1482, 2017.
8. *Síntese de Indicadores Sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira 2016*. IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
9. *Pesquisa Nacional de Saúde*, IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>
10. “Art. 3 – É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. Estatuto do idoso: Lei Federal nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.
11. Saiba mais em: Caio César, “‘O brilho das velhices LGBTQ+’ revela a luta contra a solidão e o duplo preconceito”, *CartaCapital*, 19 de novembro de 2011. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/diversidade/o-brilho-das-velhices-lgbt-revela-a-luta-contr-a-solidao-e-o-duplo-preconceito/>
12. *Deteção precoce do câncer*. Instituto Nacional do Câncer, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>

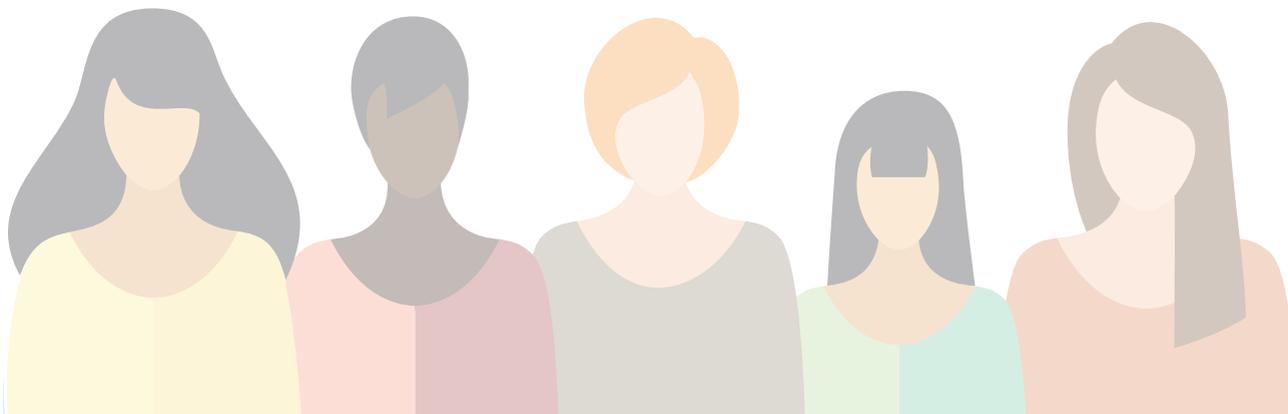
13. Joan Price. *Better Than I Ever Expected: Straight Talk About Sex After 60*. Seal Press, 2005.
14. Meika Loe, *Aging Our Way: Lessons for Living from 85 and Beyond*. OUP, 2011.
15. Jan Leslie Shifren *et al.*, *Sexuality in Midlife and Beyond*. Harvard Health Publications, 2015.
16. Stacy Tessler Lindau *et al.*, “A Study of Sexuality and Health Among Older Adults in the United States” *New England Journal of Medicine*, v. 357, n. 8, p. 762-774, 2007.
17. Jill. M. Wood, Phyllis. Kernoff Mansfield e Patricia Barthalow Koch, “Negotiating Sexual Agency: Postmenopausal Women’s Meaning and Experience of Sexual Desire”. *Qualitative Health Research*, v. 17, n. 2, p. 189-200, 2007.
18. Joan Price. *Better Than I Ever Expected: Straight Talk About Sex After 60*. Seal Press, 2005.
19. Carol Rinkleib Ellison. *Women’s Sexualities: Generations of Women Share Intimate Secrets of Sexual Self-Acceptance*. *New Harbinger Publications*, 2000.
20. Siobhan Benet, “HIV/AIDS in Mature Women Jumps 40 Percent”. *Women’s eNews Inc.*, 25 de março de 2001. Disponível em: womensenews.org/story/hiv aids/010325/hiv aids-in-mature-womenjumps-40-percent
21. P.J. Huffstutter, “Older But Wiser? Safe Sex After 50”. *Los Angeles Times*, 26 de novembro de 2007. Disponível em: <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2007-nov-26-na-safesex-26-story.html>
22. Christina Queiroz, “Longevidade latino-americana”. *Revista Fapesp*, 3 de maio de 2021. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/longevidade-latino-americana/>
23. Márcio Scheffer *et al.*, “Demografia Médica no Brasil 2020”. FMUSP, CFM, 2020. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf
24. “Geriatría no Brasil a especialidade que cuida dos idosos”, *Cognys*, 19 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.cognys.com/materia/geriatria-no-brasil-a-especialidade-que-cuida-dos-idosos>
25. Portaria n. 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Ministério da Saúde, 2012.
26. Ana Amélia Camarano, “Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres?”. *Nota técnica 81*, DISOC, IPEA, 2020.
27. *Ibidem*.
28. Wilson Marques Vieira Júnior e Mônica Martins, “Idosos e planos de saúde no Brasil: uma análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar”, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 12, 2015.
29. Antes desta seção, no livro em inglês, há duas seções que podem ser traduzidas literalmente como “Saúde e decisões jurídicas” e “Cuidados de fim de vida”. Esse tema, no entanto, não está pacificado na legislação brasileira. Aqui, a documentação dos desejos em relação a cuidados de saúde em casos de doenças graves e sem chance de cura é chamada de Diretivas Antecipadas de Vontade, mas, nos estudos no campo jurídico, verifica-se que é algo novo e que está em discussão inicial no país. No caso dos Estados Unidos, de onde vem a publicação ori-

ginal deste livro, o tema já encontra respaldo nas decisões judiciais em alguns estados e implica a legalização de tomadas de decisão pela própria pessoa a respeito da escolha de tratamentos para a manutenção de sua vida e, inclusive, a opção por uma morte digna. Optamos por retirar o trecho deste capítulo, pois as instruções oferecidas pelo texto original para encaminhamento sobre decisões de fim de vida e cuidados de saúde não encontram nada semelhante no Brasil. É um tema sobre o qual ainda precisamos debater muito e avançar.

30. Julia Neves, “Covid-19: pesquisa analisa as condições de trabalho e saúde dos cuidadores de idosos”. *Fiocruz*, 7 de outubro de 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-pesquisa-analisa-condicoes-de-trabalho-e-saude-dos-cuidadores-de-idosos>
31. Margaret K. Nelson, “Listening to Anna”. *Health Affairs*, v. 26, n. 3, p. 836-40, 2007. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.26.3.836>
32. Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência. “Promotorias de Defesa da Pessoa com Deficiência e Idosos”. Disponível em: <https://ampid.org.br/site2020/promotorias-e-coordenadorias/>
33. Gloria Steinem, “Transformative Thought”. *Harvard Magazine*, 28 de maio de 2010. Disponível em: harvardmagazine.com/commencement/2010-radcliffe
34. Flora Moritz da Silva, André Tiago Dias da Silva e Rudimar Antunes da Rocha, “Onde estão as UNTI das Universidades Públicas Federais do Brasil”. *XVII Colóquio Internacional de Gestão Universitária*, Mar del Plata, Argentina, 2017.
35. Gene Cohen, “Research on Creativity and Aging: The Positive Experience of the Arts on Health and Illness”. *Generations*, v. 30, n. 1, p. 7-15, 2006. Disponível em: gwumc.edu/cahh/pdf/RESEARCH%20ON%20CREATIVITY%20AND%20AGING.pdf
36. Pew Social Trends Staff, “Growing Old in America”. *Pew Research Center*, 29 de junho de 2009. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2009/06/29/growing-old-in-america-expectations-vs-reality/>
37. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. IBGE, 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101566_informativo.pdf
38. FGV Social, “Onde estão os idosos? Conhecimento contra o Covid-19”. *Centro de Políticas Sociais*. Disponível em: <https://cps.fgv.br/destaques/fgv-social-lanca-pesquisa-onde-estao-os-idosos-conhecimento-contra-o-covid-19>
39. Segundo projeção de população do IBGE, o Brasil tinha, em 2021, mais de 17 milhões de mulheres com mais de 60 anos.
40. Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência. *Cartilha de Orientação para a Criação de Conselhos de Direitos do Idoso*, 2007. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/cartilha-de-orientacao-para-a-criacao-de-conselhos-de-direitos-do-idoso/>
41. Uruguai, Banco de Previsión Social. Sistema Nacional de Cuidados. Disponível em: <https://www.bps.gub.uy/13300/sistema-nacional-de-cuidados.html>

PARTE 6

Problemas Médicos & o Sistema de Saúde





PROBLEMAS MÉDICOS SELECIONADOS: MAMAS

ESTE CAPÍTULO trata de problemas e procedimentos relacionados às mamas. Aborda condições que afetam um grande número de mulheres, para as quais é difícil obter informações confiáveis e que sejam centradas na pessoa. Seu foco são as doenças e os problemas benignos (não cancerígenos), assim como prevenção e diagnóstico de câncer de mama. Muitos dos tratamentos e procedimentos descritos aqui correspondem à melhor evidência científica disponível no momento em que escrevemos, mas é importante estar ciente de que essas informações podem mudar em um curto espaço de tempo. Não enfocaremos tratamentos, uma vez que eles tendem a mudar com rapidez ainda maior.

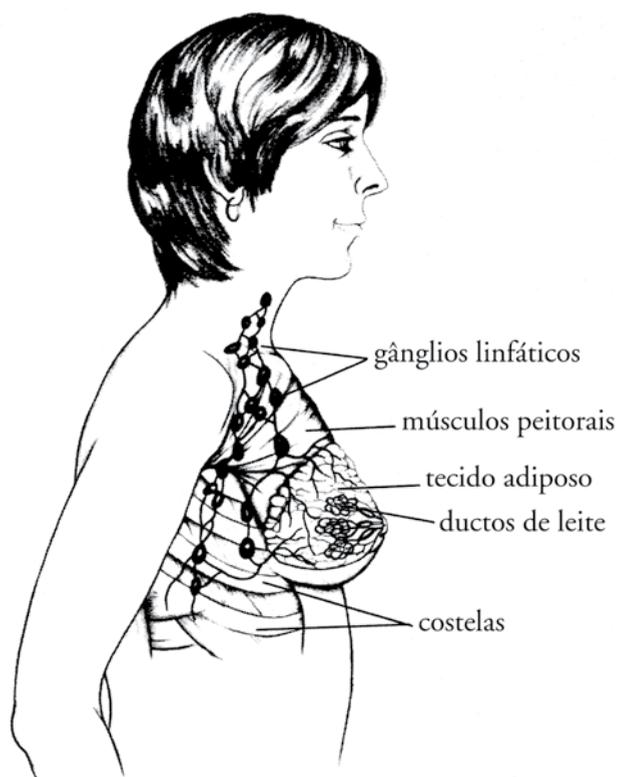


Figura 1 – Mama detalhada. ©Christine Bondante.

AS MAMAS

Nossas mamas são órgãos dinâmicos que mudam consideravelmente durante nossa vida, de acordo com a idade e com as variações dos hormônios produzidos por nosso corpo. Compreender essas mudanças pode nos ajudar a conhecer o nosso normal, para saber quando algo não vai bem e para ficarmos tranquilas com possíveis alterações fisiológicas.

As mamas variam ao longo do ciclo menstrual, crescendo e restando líquido na fase em que produzimos o hormônio progesterona, por exemplo. Essas mudanças podem ser imperceptíveis para algumas pessoas e mais perceptíveis para outras, como aquelas que fazem uso de hormônios, que realizaram mastectomia ou que colocaram próteses de silicone. As diferenças entre as próprias mamas, assim como as mudanças causadas pela idade e pelos ciclos menstruais, podem provocar ansiedade desnecessária. Podemos ter medo de que cada mudança ou dor seja um sintoma de câncer, quando, na verdade, a maior parte das condições que causam mudanças, caroços ou dor são benignas.

Pequenos cistos (cápsulas com líquido dentro) podem se formar, mas em geral eles são menores do que uma ervilha. Tumores benignos, como fibroadenomas, são comuns e podem se formar durante a adolescência e início da fase adulta, crescendo o suficiente para serem sentidos, mas não são um risco para a saúde das pessoas com mama. Com o passar do tempo, pequenos cistos podem ser ainda mais preenchidos com líquido, a ponto de causarem sensibilidade e de crescerem até atingir tamanhos que podem ser sentidos com os dedos.

Por volta dos 50 anos, o denso tecido glandular e o estroma começam a diminuir (um processo chamado involução) e o tecido gorduroso aumenta. Durante a perimenopausa (período de transição, próximo à menopausa), os níveis hormonais começam a flutuar e os ciclos menstruais podem se tornar irregulares. As mamas de algumas mulheres permanecem granuladas após a menopausa. Entre os fatores de risco associados aos nódulos benignos estão a idade e a estimulação hormonal, além do uso prolongado de contraceptivos orais.¹ Portanto, se estiver tomando hormônios após a menopausa, você continuará sentindo suas mamas como de costume. Cistos raramente aparecem após a menopausa. Porém, caso um novo nódulo se forme, é uma boa ideia fazer uma consulta médica. Dores na região das mamas ao longo de toda a vida também podem ser musculares.

CONDIÇÕES BENIGNAS DA MAMA

Cistos e nódulos mamários

Existem vários tipos de nódulos na mama. Os cistos são estruturas cheias de líquido que se desenvolvem a partir de lóbulos ou dutos que podem se dilatar, e surgem

com mais frequência entre os 35 e os 50 anos.² Podem ser identificados durante a palpação da mama (acidental ou intencionalmente) ou em exame de rotina (nesse caso, são considerados um achado de exame, já que o intuito do exame de rastreamento é encontrar lesões malignas e não benignas). Os cistos simples, formados apenas por líquido, por exemplo, não precisam ser removidos, a menos que causem dor ou sejam tão grandes que você não consiga sentir o tecido mamário circundante. O ultrassom de mama é a melhor maneira de ter certeza de que um cisto é simples e de diferenciar cistos complicados de cistos complexos, que possuem componentes no seu interior. Essa avaliação vai nortear como será o acompanhamento.

A partir do resultado do exame de imagem ou havendo sinais de inflamação/infecção, pode ser indicada a aspiração de alguns cistos, para investigar seu conteúdo. O procedimento envolve anestésicar a pele com um anestésico local, inserir uma fina agulha no cisto e aspirar o líquido para dentro da seringa – processo chamado de aspiração por agulha fina. O líquido pode ser cinza e opaco, escuro e oleoso, ou mesmo transparente, de cor amarelada ou esverdeada. Se um nódulo perdurar após a aspiração ou se o líquido estiver escuro com sinais de sangue, você poderá precisar fazer uma biópsia da área (o tecido será removido e examinado com o uso de um microscópio para posterior diagnóstico). Os cistos podem ser preenchidos novamente com líquido, mesmo após a aspiração. Se o mesmo cisto continuar a ser preenchido com líquido, a remoção pode ser recomendada.

Fibroadenomas são nódulos benignos que se formam na maioria das vezes durante a adolescência e por volta dos 20 anos. Podem aparecer cedo, desenvolvendo-se em apenas uma ou nas duas mamas, e durar a vida toda. Às vezes, esses nódulos encolhem na menopausa, por conta da diminuição dos níveis hormonais. Fibroadenomas são raramente associados ao câncer. Uma ultrassonografia ou uma mamografia pode ajudar a classificar se a lesão é benigna ou se há suspeita de malignidade, mas a única forma de ter certeza é realizando uma biópsia para observar o tecido com um microscópio. No entanto, muitas vezes isso será desnecessário, pois a classificação BIRADS para fibroadenomas é 2 (veremos em breve o que isso significa).

Pseudonódulos são áreas de tecido mamário normais mais densas e se desenvolvem em muitas mulheres durante a pré-menopausa. Para ter certeza de que não se trata de um câncer, essas áreas podem ser avaliadas por meio de exames de imagens da mama.

O câncer localizado na mama é, em geral, firme e duro. Muitas vezes, não pode ser bem delimitado, de forma que se confunde com o tecido mamário circundante. Normalmente, quando se torna possível começar a senti-los, os cânceres de mama têm cerca de um centímetro. Em mulheres com mamas firmes e granulosas, eles precisam ser ainda maiores para que possamos senti-los com o toque.

E se eu tiver um nódulo?

Em primeiro lugar, não entre em pânico! Nódulos mamários são comuns e cerca de 90% de todos os nódulos de mama palpáveis não são câncer, especialmente em mulheres com menos de 50 anos.³ Apenas com um exame de toque é impossível distinguir se um nódulo é maligno ou benigno.

É pouco provável que um nódulo que diminui com o tempo seja câncer, apesar de haver relatos de casos de regressão de tumores na literatura médica.⁴ Um nódulo que permanece sempre do mesmo tamanho ou que cresce com o passar do tempo pode ser câncer e, por isso, deve passar por uma avaliação com profissional da saúde.

Muitas mulheres sentem ansiedade e medo quando encontram um nódulo e pensam, no mesmo instante, que se trata de um câncer. Nossas reações podem variar, desde desejar consultar imediatamente um serviço de saúde até ficar imobilizada pelo medo. Encontrar um nódulo requer tomar algumas medidas decisivas para si mesma e para sua saúde. Conte a alguém que confie sobre suas preocupações. Assim, você poderá receber apoio e não precisará passar pelos próximos passos sozinha. Em seguida, entre em contato com uma pessoa profissional da saúde. Diga que você encontrou um nódulo e peça para ser atendida o mais rápido possível.

Um exame físico de suas mamas será realizado para determinar se uma avaliação adicional é necessária. A profissional de saúde poderá sugerir acompanhar o nódulo durante um ou dois meses, marcar um exame de imagem (mamografia ou ultrassom de mama) e/ou indicar que você consulte uma pessoa especialista em mamas (mastologista). Caso mais informações sejam necessárias, uma biópsia pode ser recomendada, uma vez que apenas uma amostra de tecido é suficiente para determinar se um nódulo é cancerígeno ou benigno.

Esse pode ser um período muito estressante. Apesar das grandes chances de um nódulo na mama ser benigno, nem sempre as estatísticas acalmam nossos medos. É importante ter o suporte de pessoas amigas e/ou da família, além de falar francamente sobre as suas preocupações com quem irá fazer seu acompanhamento/tratamento, mantendo um vínculo de confiança. Caso você não esteja confortável com as recomendações que lhe foram dadas, como, por exemplo, a abordagem de “espera vigilante”, comunique seu desconforto. É importante conseguir compartilhar o plano de cuidados com a profissional de saúde. Procurar uma segunda opinião pode ser uma boa ideia em algumas situações.

Secreção mamária, coceiras na aréola, dores e infecção na mama são outros problemas muitas vezes benignos das mamas pelos quais as mulheres passam. A secreção papilar (isto é, a saída de líquido pelo mamilo) deve ser sempre investigada, principalmente se houver sangue, secreção transparente como água ou se a secreção estiver saindo de apenas uma mama. Consulte profissionais da saúde para quaisquer sintomas persistentes e preocupantes.

Estamos vivendo um momento em que muitas pessoas da área médica estão atuando de forma defensiva com quaisquer achados benignos em nosso corpo, ou seja, solicitando exames complementares em excesso com a falsa premissa de prevenção e com condutas pouco baseadas em evidências científicas. A consequência das distorções de check-ups desnecessários é a medicalização do corpo feminino, o adoecimento por achados de exames e o risco de intervenções desnecessárias. Os achados nos exames de imagem como ultrassom e mamografia são classificados em uma escala chamada BIRADS, e é essa escala que guiará o acompanhamento deles. Na maioria das vezes não será necessário repetir os exames periodicamente.

A classificação BIRADS⁵ vai de 0 a 6 e é descrita da seguinte forma:

BIRADS	Resultado	Interpretação	Risco de câncer
0	inconclusivo	necessita de avaliação adicional	indeterminado
1	sem achado	rotina de rastreamento por idade	0
2	achado benigno	rotina de rastreamento por idade	0
3	achado provavelmente benigno	controle radiológico semestral por 1 ano e anual por 2 anos. Caso a classificação não seja alterada, a paciente terá alta após os 3 anos de acompanhamento para o rastreamento por idade	<2%
4	achado suspeito	encaminhamento para acompanhamento especializado com necessidade de biópsia para diagnóstico	2 a 95%
5	achado altamente suspeito	encaminhamento para acompanhamento especializado com necessidade de biópsia para diagnóstico	>95%
6	achado com diagnóstico de câncer não tratado	encaminhamento para acompanhamento especializado em tratamento de câncer	100%

Câncer de mama

O câncer de mama é o tumor mais comum em mulheres em todo o mundo, representando 24,2% do total de casos em 2018 (aproximadamente 2,1 milhão de casos novos). É também, conforme a Organização Mundial da Saúde, a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres.

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões. Para o ano de 2020 foram estimados 66.280 casos novos, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres.⁶

A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 13,84 óbitos por 100.000 mulheres em 2018.⁷ As regiões Sudeste e Sul são as que possuem as maiores taxas, com 14,76 e 14,64 óbitos por 100.000 mulheres em 2018, respectivamente.

Quando considerada a mortalidade proporcional por câncer em mulheres, no período de 2014 a 2018, os óbitos por câncer de mama ocuparam o primeiro lugar no país, representando 16,5% do total de óbitos. Esse padrão é semelhante para as regiões brasileiras, com exceção da região Norte, onde os óbitos por câncer de mama ocupam o segundo lugar, com 13,2%. Os maiores percentuais na mortalidade proporcional por câncer de mama foram os do Sudeste (16,9%) e Centro-Oeste (16,7%), seguidos pelo Sul (15,4%) e Nordeste (15,23%).

A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente a partir dos 40 anos, assim como a mortalidade por essa neoplasia. Na população feminina abaixo de 40 anos, ocorrem menos de 10 óbitos a cada 100 mil mulheres, enquanto na faixa etária a partir de 60 anos o risco é 10 vezes maior. Diante desse cenário, é compreensível que a prevenção ocupe um local de destaque nas estratégias para redução de mortalidade por câncer de mama.

Quais são os fatores de risco associados ao câncer de mama?

Entre os fatores de risco associados ao câncer de mama estão:

- **Idade:** o risco de uma mulher desenvolver câncer de mama aumenta com a idade. Mulheres entre 50 e 59 anos têm uma chance em 42 de serem diagnosticadas, enquanto, aos 85 anos, uma em cada nove mulheres será diagnosticada. A incidência de câncer de mama em mulheres com menos de 50 anos é próxima de 2% de todos os cânceres de mama diagnosticados. Porém, a chance de uma mulher jovem morrer dessa doença é maior do que a das mulheres após a menopausa (que tendem a morrer mais por conta de outras doenças). O câncer de mama é a principal causa de morte de mulheres entre 35 e 54 anos, porque mulheres nessa faixa etária, em geral, não têm uma alta taxa de mortalidade por outros fatores.
- **Histórico pessoal de câncer de mama:** a incidência anterior de câncer de mama aumenta de 0,8% a 1% por ano (pelo período de até 10 anos) o risco de uma pessoa desenvolver um novo câncer na outra mama. Após esse período, o risco se estabiliza.

- **Genética:** uma mulher com mutação BRCA1 ou BRCA2⁸ hereditária ou com dois ou mais parentes de primeiro grau (irmãs, mães ou filhas) com câncer de mama na pré-menopausa tem um risco significativamente maior de desenvolver câncer de ovário e de mama.
- **Fatores reprodutivos:** primeira menstruação antes dos 12 anos; nascimento do primeiro filho após os 30 anos; nenhuma gestação a termo;⁹ idade mais avançada na menopausa (mais de 55 anos); não ter amamentado até pelo menos seis meses.
- **Fatores hormonais:** obesidade pós-menopausa (acredita-se aumentar os níveis de estrogênio); uso recente de contraceptivo oral (algumas evidências sugerem que contraceptivos orais aumentam ligeiramente o risco de câncer de mama em mulheres com menos de 35 anos); uso a longo prazo de terapia hormonal combinada; uso a longo prazo (por mais de cinco) apenas de estrogênio; alta densidade óssea após atingir a menopausa (o que sugere altos níveis de estrogênio).
- **Outros fatores:** consumo de álcool (mais de uma bebida por dia ou cinco por semana); falta de exercício na adolescência e na idade adulta; biópsia de mama mostrando certas patologias como ductos atípicos ou hiperplasia lobular (na qual as células que revestem os ductos de leite da mama ou as células que produzem leite crescem anormalmente); e histórico de exposição a altas doses de radiação na área das mamas (muitas vezes usada no tratamento de linfomas).

Enquanto mulheres brancas são mais propensas a ter câncer de mama do que mulheres negras, as jovens negras correm um risco maior de ter um câncer de mama mais agressivo. Estudos brasileiros apontaram diferenças estatisticamente significativas de sobrevivência em 10 anos entre mulheres brancas e negras. Habitando setores censitários de menor renda, as mulheres negras eram mais usuárias do serviço público de saúde e foram diagnosticadas com estadiamentos mais avançados.¹⁰

Infelizmente, embora fatores de risco para o câncer de mama tenham sido identificados, nenhum deles é um “grande alerta vermelho” que mostra uma relação ou causa direta como o cigarro é para o pulmão. Muitas mulheres não têm fatores de risco conhecidos.

Qual a chance de uma mulher desenvolver câncer de mama ao longo da vida?

No Brasil, como vimos, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, com taxas mais altas

nas regiões Sul e Sudeste. Para o ano de 2021 foram estimados 66.280 casos novos, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres.¹¹ Em homens, a incidência da doença é muito mais rara: de cerca de uma em cada 100 pessoas diagnosticadas com câncer.

Embora qualquer mulher possa desenvolver câncer de mama, as chances aumentam com a idade e são maiores para mulheres que têm familiares de primeiro grau que já tiveram câncer de mama. A maior parte dos cânceres de mama, no entanto, ocorre em mulheres sem histórico familiar ou risco genético conhecido. Na verdade, 70% a 80% das mulheres com câncer de mama não apresentam nenhum dos fatores de risco além da idade. Apenas 5% a 10% dos casos ocorrem em mulheres com mutações de alto risco dos genes BRCA1 e BRCA2.

A incidência de câncer de mama é maior nos Estados Unidos e no oeste e norte da Europa. As taxas mais baixas localizam-se na Ásia e na África, embora as taxas de incidência tenham aumentado em áreas como Japão, Singapura e na parte urbana da China. Essas regiões estão caminhando em direção a economias e padrões de comportamento reprodutivo mais ocidentalizados. Embora a influência dos padrões alimentares seja complicada, a ingestão elevada de calorias durante a juventude pode levar ao início precoce da menstruação, o que é um risco para o câncer de mama.

Os fatores de risco estabelecidos para o câncer de mama não são responsáveis por todos os casos de câncer de mama. Apesar dos bilhões gastos com pesquisas sobre câncer de mama em todo o mundo, temos ainda muito a aprender sobre por que algumas mulheres desenvolvem esse câncer e outras não.

A partir da década de 1970, a incidência de câncer de mama atingiu taxas alarmantes. Acredita-se que grande parte desse aumento a longo prazo se deva ao atraso na gravidez e a ter poucos filhos. A obesidade também é um fator a ser considerado. À medida que mais mulheres realizam mamografias, mais casos são encontrados, o que também explica uma parte dos aumentos.

Muitas pessoas acreditam que os processos industriais e os danos ambientais que começaram durante ou após a Segunda Guerra Mundial desempenharam um papel importante no aumento das taxas de câncer de mama nos países ocidentais. Pesquisas a respeito da relação entre o ambiente e o câncer de mama são o foco de organizações e fundações como a *Silent Spring Institute* (silentspring.org). Esse tipo de pesquisa é difícil e frustrante, pois implica a identificação de padrões geográficos de câncer de mama em uma população muito móvel e difícil de acompanhar.

Hormônios e tecido mamário

Os hormônios reprodutivos desempenham um papel importante no desenvolvimento do câncer de mama, pois podem afetar o crescimento celular e promover o desenvolvimento de um câncer já existente. À medida que as mulheres envelhecem,

o efeito do estrogênio no tecido mamário diminui. Conforme passamos pela perimenopausa e entramos na pós-menopausa, o tecido mamário se transforma gradualmente em gordura.

Nas mamografias, o tecido mamário normal jovem aparece espesso e branco. Contudo, à medida que a mama envelhece e se transforma em gordura, a imagem do exame exibe um tecido escuro. Isso explica, em parte, a razão pela qual os cânceres de mama, brancos em uma mamografia, são mais facilmente detectáveis em mulheres com mais de 50 anos, que geralmente estão próximas ao final da perimenopausa. Também explica por que mulheres mais jovens têm mais falsos positivos em seus resultados na mamografia.

Ter seios mais densos – com mais tecido glandular do que tecido adiposo – é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Muitas pesquisas estão sendo realizadas para tentar descobrir por que o tecido mamário denso é um fator de risco e o que – se é que existe algo – pode ser feito pelas mulheres com mamas densas.

Em 2006, o Instituto Nacional do Câncer (*National Cancer Institute*) estadunidense apresentou o estudo “*Women’s Intervention Nutrition Study*” (WINS – Estudo Nutricional de Intervenção Feminina), que incluiu mulheres submetidas a histerectomia e que ingeriram estrogênio sem progestágeno (em geral, mulheres que têm útero e tomam hormônios também ingerem uma forma de progestágeno junto ao estrogênio para reduzir as chances de que o estrogênio “sem oposição” cause câncer de endométrio). Os resultados desse estudo, que comparou mulheres que tomaram estrogênio e mulheres que tomaram placebo, mostraram que não houve diferença quanto ao risco de ataque cardíaco. Contudo, também revelaram um aumento do risco de derrame e desenvolvimento de coágulos sanguíneos no grupo que usou estrógeno. O efeito relacionado ao risco de desenvolver câncer de mama foi incerto (o estrogênio não fez diferença no risco de câncer colorretal, mas houve uma redução quanto ao risco de fraturas ósseas nas mulheres que o tomaram). O “*Million Women Study*” (Estudo de um milhão de mulheres), realizado no Reino Unido, mostrou um claro aumento do câncer de mama entre as mulheres que usavam estrogênio.

Estudos subsequentes mostraram que o aumento do risco de câncer de mama com terapia hormonal – incluindo estrogênio e progestágeno – diminui dentro de cinco anos após a interrupção dos hormônios. Estudos recentes indicam que o câncer de mama em mulheres que tomam estrogênio e progestágeno é mais agressivo e letal do que profissionais da medicina pensavam anteriormente.

Isso tudo indica que, para as mulheres, o uso prolongado de hormônios (superior a cinco anos) aumenta o risco de câncer de mama.¹² Cada mulher precisa discutir o uso de hormônios com sua médica ou médico para determinar o que faz mais sentido no seu caso específico. Algumas mulheres consideram o uso de hormônios bioidênticos uma alternativa aos hormônios convencionais. Os hormônios bioidên-

ticos são quimicamente idênticos aos hormônios produzidos pelo seu corpo. Existem alguns hormônios aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que se encaixam na definição de bioidênticos, porém sua segurança a longo prazo ainda não foi definida.

Além disso, alguns estudos apontam que o uso de contraceptivos orais (pílula) está associado a aumento do risco de câncer de mama, especialmente quando o uso é prolongado ou quando se começa muito cedo.¹³

Teste genético e risco hereditário

Todas nós herdamos metade de nossos genes de nossa mãe e metade de nosso pai. Mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, como vimos, podem aumentar o risco de câncer de mama. Exames de sangue que podem identificar essas mutações foram desenvolvidos e agora são promovidos comercialmente de forma ampla. Um resultado positivo (que significa ter uma dessas mutações) não quer dizer que a pessoa com certeza irá desenvolver câncer de mama. Do mesmo modo, um teste negativo não significa que uma mulher não desenvolverá câncer de mama. Significa apenas que o risco durante sua vida é o mesmo que o da maioria das outras mulheres no mundo industrializado. Mas, para as pessoas que têm uma mutação BRCA1 ou BRCA2 hereditária, há um risco significativamente maior de, ao longo da vida, desenvolver câncer de mama, de pâncreas e de ovário. Pessoas portadoras de BRCA1 têm um risco médio cumulativo de câncer de mama (até setenta anos) de 65%, comparado a 45% para portadoras de BRCA2.

Embora o câncer de mama se desenvolva quando ocorrem alterações nos genes das células da mama (nesse sentido, todo câncer de mama tem um elemento genético associado a ele), isso não significa que ele seja hereditário. Estima-se que apenas 5% a 10% dos casos de câncer de mama resultem de uma predisposição genética herdada. Em outras palavras, mais de 90% de todos os casos de câncer de mama resultam de fatores não hereditários e, em muitos casos, desconhecidos. É importante saber que ter familiar de primeiro grau que já teve câncer de mama aumenta o risco de desenvolvermos esse tipo de câncer, mas que fatores modificáveis, como alimentação e ingestão de álcool, por exemplo, impactam diretamente na maioria dos casos.

Testes genéticos devem ser considerados apenas em circunstâncias específicas. Com frequência, recomenda-se que pessoas com câncer de mama e/ou ovário façam o teste de mutações BRCA, pois, caso os resultados sejam negativos, suas filhas e filhos não precisarão ser testados. As pessoas sem câncer de mama ou ovário que têm mais chances de se beneficiar dos testes genéticos são aquelas que acreditam – por conta de um histórico familiar com dois ou mais parentes de primeiro grau (como uma mãe ou irmã) com câncer de mama e/ou ovário – que podem ser portadoras da mutação e, em caso positivo, gostariam de agir para reduzir a chance de câncer.

No Brasil, os testes genéticos para rastreamento de câncer de mama ainda estão restritos a serviços de saúde privados. Todo tipo de teste genético deve ser acompanhado de consentimento escrito e informado; fornecimento de informações completas quanto aos riscos e benefícios; e aconselhamento profissional quanto às diferentes opções.

Redução de risco de câncer para mulheres com mutações genéticas

Embora os dados sejam limitados, caso você tenha optado por realizar o exame genético e tenha identificado a presença de mutações genéticas BRCA1 ou BRCA2, algumas informações gerais podem ser úteis para pensar em estratégias para reduzir seu risco de desenvolver câncer de mama. Essas estratégias fazem parte do que chamamos de aconselhamento sobre opções de estilo de vida modificáveis e incluem discussão sobre uma série de fatores que devem ser abordados individualmente para que cada pessoa possa escolher o que melhor se adequa à sua realidade.

Dentre eles temos:

- Idade para escolha da gestação: alguns estudos sugerem que mulheres que têm o gene BRCA1 têm risco reduzido caso optem por gestar após os 30 anos de idade.¹⁴
- Tabagismo: estudos sugerem possível associação com aumento do risco de câncer de mama.
- Uso de contraceptivo hormonal: estudos sugerem possível associação com aumento do risco de câncer de mama.
- Amamentação: estudos sugerem possível associação com redução do risco de câncer de mama.

Outras intervenções, como ingestão profilática de drogas como tamoxifeno ou raloxifeno, mastectomia preventiva e remoção de ovários e trompas de falópio, também são possíveis e, embora sejam intervenções mais incisivas, podem ser uma opção preferencial para algumas mulheres. Uma vez que a ciência por trás dessas estratégias muda rapidamente, e por serem decisões importantes que envolvem riscos consideráveis, recomendamos consultar especialistas, buscar as informações mais atuais sobre cada opção e considerar os possíveis efeitos dessas intervenções em sua vida.

O risco de câncer de mama pode ser reduzido?

Embora as causas da maioria dos cânceres de mama sejam desconhecidas e não exista nada garantido para preveni-los, estudos demonstraram que alguns comportamentos saudáveis estão associados a um risco menor:

- Usar terapia hormonal durante a perimenopausa somente se necessário e por tempo limitado (excelente evidência).
- Amamentar por maior período de tempo: quanto mais amamentamos, maior será o efeito protetor contra o câncer de mama na pré-menopausa (evidência forte).

- Atrasar a menstruação em meninas evitando ingestão calórica excessiva e aumentando o exercício na pré-puberdade (evidência boa a forte). Um século atrás, as meninas costumavam começar a menstruar por volta dos dezesseis anos. Agora, a idade média é de doze anos, sendo que, em alguns casos, elas menstruam quando são ainda mais jovens.
- Fazer mais de três horas de exercício por semana (boa evidência).
- Reduzir a ingestão de álcool a não mais que uma bebida por dia (boa evidência).
- Limitar o ganho de peso na pós-menopausa (boa evidência).
- Comer mais frutas e legumes (evidência de relação direta variável).
- Consumir menos gorduras saturadas e trans, que são associadas a problemas de saúde (evidência de relação direta variável).

A *Silent Spring* e outras organizações ambientais e de saúde apontaram para uma crescente quantidade de evidências que vinculam o câncer de mama a exposições a poluentes e toxinas ambientais. Elas recomendam medidas preventivas como estas:

- Usar recipientes de vidro ou cerâmica, e não de plástico, para aquecer alimentos no micro-ondas.
- Não deixar que embalagens de plástico toquem em alimentos com alto teor de gordura, como queijos ou carnes, durante o aquecimento.
- Evitar recipientes e garrafas de plástico que contenham disruptores endócrinos – produtos químicos que interferem no sistema endócrino de animais, como o bisfenol A (BPA).

Devemos também evitar uma postura de policiamento ou culpabilização sobre nós mesmas e sobre as outras. Mudanças individuais serão pouco efetivas dentro de uma sociedade com baixa segurança alimentar, alta exposição a agrotóxicos e jornada de trabalho incompatível com autocuidado. Na vida da maioria das mulheres brasileiras, as barreiras para uma alimentação saudável e redução de sedentarismo são fatores sociais, não pessoais, assim como o uso de álcool ou de contraceptivos hormonais (algumas vezes a única opção em serviços do SUS) pode estar associado a um contexto comunitário. A divulgação de estratégias de prevenção de câncer de mama não se resume à cobrança de um “estilo de vida” e não deve ser mais uma meta a se alcançar. Deve, sim, ser uma fonte de reflexão sobre qual é a sociedade que queremos construir para vivermos bem coletivamente.

Poluição ambiental e câncer de mama

Apesar da guerra de décadas que travamos contra o câncer, as mulheres hoje em dia têm muito mais chances de desenvolver câncer de mama do que qualquer geração anterior.

Silent Spring Institute

A ligação consistente entre estrogênio e câncer de mama é uma das razões pelas quais cientistas e ativistas continuam solicitando mais pesquisas sobre a relação entre o câncer e o meio ambiente. O declínio da incidência de câncer de mama após a redução do uso de terapia hormonal pelas mulheres fortalece a hipótese de que a exposição a outros hormônios externos e a compostos químicos que copiam hormônios aumenta o risco de câncer de mama. O *Silent Spring Institute* é uma reconhecida fundação de pesquisa que estuda, especificamente, o impacto da exposição ao meio, sobretudo os efeitos de poluentes que copiam ou desregulam o estrogênio e outros hormônios reprodutivos.

Mesmo com fortes evidências de que poluentes químicos podem afetar o risco de câncer de mama, é difícil aplicar aquilo que é aprendido no laboratório em estudos com meninas e mulheres.

Primeiro, seria antiético planejar um estudo em que metade das participantes fosse exposta a um composto químico e a outra metade não, apenas para descobrir se esse composto causa câncer. Em segundo lugar, pesquisadoras precisam ser capazes de estimar a exposição das mulheres aos múltiplos compostos químicos ao longo dos anos desde o momento em que o tumor se manifestou. Não sabemos de fato o que há nos alimentos processados e na água potável, nas partículas presentes no ar que respiramos ou no que é trazido de fora para dentro de nossas casas. Por fim, as empresas hesitam em financiar pesquisas a não ser que seus resultados envolvam quimioterapias ou procedimentos médicos patenteáveis. O apoio público e filantrópico é necessário para financiar estudos ambientais que investiguem problemas subjacentes e suas relações com o câncer.

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

MAMOGRAFIA

A mamografia é o principal método de rastreamento para mulheres com risco médio de câncer de mama. Utiliza uma dose baixa de radiação para identificar tumores malignos, em especial aqueles que não são sentidos facilmente com as mãos. Ela pode também investigar nódulos de mama já identificados, assim como outros sintomas. Na mamografia, a radiação do raio-x passa pela mama, produzindo uma imagem em filme ou em gravação digital.

No Brasil, de 1980 a 1994, as taxas de mortalidade ajustadas para a idade de câncer de mama invasivo aumentaram. Por volta de 1995, elas começaram a se estabilizar.¹⁵ Os dados nacionais analisados em grandes estudos científicos mostram diferenças regionais importantes.¹⁶ Sabe-se que essas alterações na mortalidade se devem ao rastreamento do câncer de mama como política pública por meio do exame de mamografia na periodicidade adequada.

Mamografia digital

Imagens digitais podem ser ampliadas e ter o contraste ajustado, permitindo à equipe de radiologia se concentrar em áreas suspeitas. Isso aumenta a capacidade de encontrar tumores em mamas que têm um tecido denso. As imagens digitais também podem ser armazenadas e transmitidas eletronicamente, tornando mais fácil a realização de consultas a distância com especialistas no assunto. Para mulheres com menos de 50 anos, mulheres que estão na pré ou perimenopausa e também mulheres com mamas densas, a mamografia digital pode funcionar melhor.

Ultrassom

O exame de ultrassom – também chamado de ultrassonografia – pode ser usado para avaliar anormalidades que aparecem em mamografias regulares. Essa técnica se destaca por distinguir sólidos e líquidos. Por isso, é útil para diferenciar tumores sólidos de cistos preenchidos por líquidos, que no geral são benignos. Ele também pode ser utilizado para guiar a agulha em biópsias. O ultrassom cria uma imagem a partir dos reflexos de ondas sonoras de alta frequência emitidas por um aparelho chamado transdutor, um microfone que ajuda a ampliar o som. O ultrassom não é útil como uma ferramenta de rastreio por si só, por isso, não é recomendada sua realização periódica, apesar de ser comumente solicitado nas famosas consultas de rotina, especialmente na saúde suplementar no Brasil.

Uma curiosidade: com o envelhecimento, a mama sofre um processo chamado de lipossustituição, no qual o tecido glandular é substituído por gordura. O ultrassom é um bom exame para avaliar mamas jovens com glândulas; a mamografia, mamas já lipossustituídas. Isso, porém, não significa que esses exames não possam ser solicitados em qualquer fase da vida, se necessário for.

Imagens por ressonância magnética (IRM)

A imagem por ressonância magnética (IRM) é muito eficaz na detecção de câncer de mama invasivo, mas também pode identificar erroneamente lesões benignas como malignas. Ela não substitui a mamografia regular, e tampouco pode ser utilizada para a população em geral. Algumas pessoas a recomendam como exame de rastreamento para mulheres com alto risco de câncer de mama, porém, ela não substitui a mamografia. Apesar de não utilizar radiação ionizada (raios-x), requer a injeção de contraste intravenoso.

Termografia

A termografia é utilizada para auxiliar no diagnóstico de câncer de mama, mas produz muitos resultados falso-positivos e falso-negativos para ser usada como única ferramenta de rastreamento. Portanto, não substitui a mamografia. Ela marca a tem-

peratura de diferentes áreas do corpo medindo a radiação infravermelha. Em geral, tecidos malignos têm uma temperatura mais alta do que tecidos normais por conta de seu rico suprimento sanguíneo e elevada taxa metabólica.

No futuro, à medida que abordagens menos invasivas e mais eficazes forem buscadas para diagnosticar e tratar precocemente o câncer, o uso de novas tecnologias de imagem que analisam o câncer em nível celular podem se tornar mais comuns, caso existam evidências científicas claras de sua eficácia como ferramentas de rastreamento. Nos dias de hoje, a imagem molecular mamária (IMM) e a mamografia por emissão de pósitrons (PEM) envolvem doses consideráveis de radiação e não são, nesse sentido, consideradas apropriadas para uma rotina de exames de rastreamento de câncer de mama.

DEBATE SOBRE AS ORIENTAÇÕES PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

Todas as especialidades médicas concordam que mamografias podem encontrar cânceres de mama quando eles são pequenos, de modo que têm maiores chances de cura e precisam de menos tratamento. No entanto, existem discordâncias entre especialistas sobre quantos cânceres são ou não identificados, quantos são tratados com sucesso a partir do momento em que são encontrados, quantos não precisam de tratamento algum, quando iniciar um cronograma regular de rastreamento com mamografia e quando finalizá-lo.

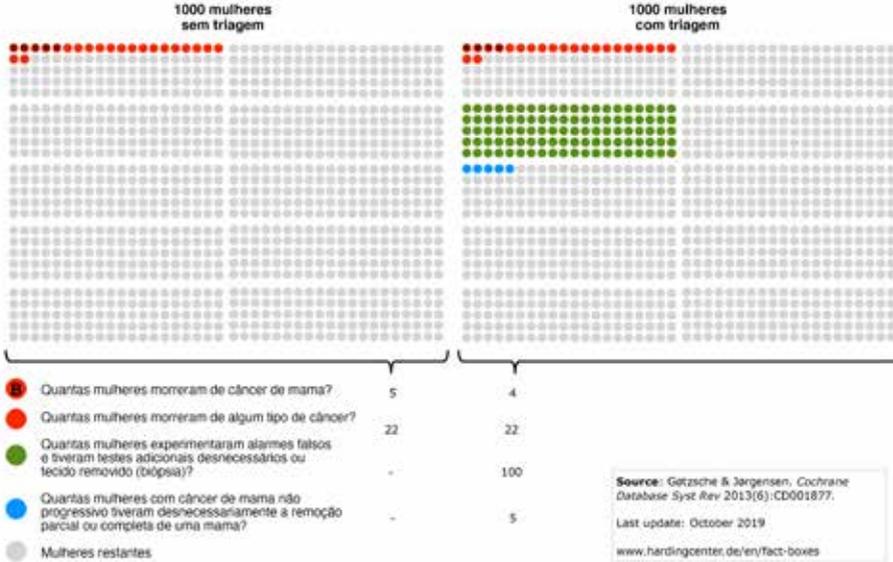
A mamografia, por se tratar de um exame diagnóstico (detecta tumores quando há sintomas) e de rastreamento (detecta tumores quando não há sintomas), é uma das principais estratégias divulgadas na mídia e nos serviços de saúde. Os exames de rastreamento servem para encontrar câncer em uma população sem sintomas e tem o objetivo de aumentar o tempo de vida com o tratamento adequado. Em outras palavras, um exame de rastreamento serve para encontrar um tumor que já estava lá no momento do exame, e não para prevenir que ele exista. Para que um exame de rastreamento seja bem-sucedido, ele precisa ser muito preciso. Mesmo bons exames têm uma taxa de erro, como, por exemplo, identificar uma imagem suspeita de câncer, mas a pessoa não ter a doença. Quando isso ocorre, chamamos o resultado de falso-positivo. Portanto, para entendermos o rastreamento de câncer de mama, precisamos conversar sobre a eficácia da mamografia.

Em resumo, sabe-se atualmente que, se 2000 mulheres forem rastreadas regularmente a cada 2 anos durante dez anos, dos 50 aos 69 anos, teremos o seguinte cenário:¹⁷

Detecção precoce do câncer de mama por triagem mamográfica

HARDING CENTER FOR
RISK LITERACY

Números para mulheres com 50 anos ou mais que participaram ou não da triagem mamográfica por aproximadamente 11 anos.



Assim,

- apenas uma pessoa irá se beneficiar do rastreamento, ou seja, *uma* morte por câncer de mama será evitada;
- a mortalidade por câncer no geral não diminui (o número de mortes por câncer não cai, tampouco cai o número de mortes totais);
- 10 mulheres serão diagnosticadas com câncer e serão tratadas desnecessariamente (o chamado sobrediagnóstico): terão uma parte ou toda a mama removida e poderão ainda receber radioterapia e quimioterapia, sem que isso mude sua mortalidade;
- 200 mulheres saudáveis ainda irão receber um teste positivo sem ter a doença, ou seja, um falso-positivo que pode ter impactos graves na saúde mental dessas pessoas, prejudicando a qualidade do sono, gerando sintomas ansiosos, piora da vida sexual etc.

Outro ponto importante e pouco discutido é a “história natural” dos tumores de mama. Existem estudos que demonstram que os tumores têm quatro tipos possíveis de progressão: não progressivo, muito lento, lento e rápido. Os exames de rastreamento conseguem diagnosticar tumores não rápidos, ou seja, não se pode garantir que tumores rápidos serão diagnosticados pela mamografia, pois um tumor de crescimento rápido pode crescer em meses, sendo possível, por exemplo, que uma pessoa com mamografia normal em janeiro venha a ter um tumor avançado em maio.

Já os tumores lentos e muito lentos muitas vezes são descobertos, mas não causam a morte da pessoa (que, frequentemente, morrerá por outra causa). Outra teoria que tem sido estudada é a de que existem tumores de mama que regredem espontaneamente, ou seja, se observado por um período, ele desaparecerá! Nesse dois casos (de tumores muito lentos ou tumores não progressivos), pode ocorrer o que chamamos de sobrediagnóstico: por meio do rastreamento é diagnosticada uma doença que, no entanto, não causaria dano à pessoa caso não fosse descoberta. O sobrediagnóstico é um conceito muito novo para a medicina: nossa tecnologia evoluiu o suficiente para descobrirmos doenças que não têm ou não teriam relevância na vida da pessoa, e a comunidade médica está começando a compreender esse fenômeno. Há estudos sobre rastreamento com mamografia que sugerem que o número de sobrediagnóstico pode chegar a um terço ou até a metade dos casos identificados nos programas populacionais!¹⁸

Deve-se priorizar, então, uma conversa em que os riscos e benefícios sejam discutidos e a partir da qual você, ciente disso tudo, possa tomar uma decisão informada sobre seu corpo.

RASTREAMENTO EM MULHERES ENTRE 40 E 49 ANOS

Para mulheres entre 40 e 49 anos, existe muito dissenso a respeito do rastreio por meio do uso de mamografia. O Ministério da Saúde brasileiro e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, além de diversas entidades internacionais como a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), um grupo altamente respeitado de especialistas, emitiram novas diretrizes em novembro de 2009 recomendando que mulheres nessa faixa etária discutissem com suas médicas ou médicos quando começar os exames periódicos de rastreio. Além disso, também assinalam que é necessário considerar os riscos, benefícios e preferências pessoais antes de começar os testes aos 40 anos.¹⁹

Contudo, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) continuaram a recomendar o rastreamento de rotina a cada ano a partir dos 40 anos para todas as mulheres.²⁰

As diretrizes europeias para rastreamento e diagnóstico de câncer de mama orientam o rastreamento bianual ou trianual para mulheres entre 45 e 49 anos.²¹

É consenso que a mamografia reduz a morte por câncer de mama, até mesmo em mulheres com entre 40 e 49 anos. Diferentes grupos de especialistas atribuem importância diferente aos fatores contra e a favor da rotina de rastreamento em mulheres de 40 a 49 anos:

- **Fatores contra a rotina de rastreamento a partir dos 40 anos:** o câncer de mama é bem menos comum nessa idade do que em mulheres mais velhas; o número de

testes falso-positivos (nos quais a mamografia sugere que uma mulher tem câncer de mama, mas a biópsia revela que não há) é maior para mulheres mais jovens; e, por fim, começar a fazer mamografia aos 40 anos significa que a mulher deverá fazer os exames a cada dois anos, durante uma média de trinta e quatro anos. Ao longo da vida, as chances de uma mulher precisar realizar uma biópsia para provar que ela não tem câncer de mama podem chegar a 50%.

- **Fatores a favor da rotina de rastreamento a partir dos 40 anos:** cânceres encontrados em pessoas nessa faixa etária tendem a ser mais agressivos do que aqueles encontrados em mulheres mais velhas. Assim, o exame de rastreio realizado anualmente, ao invés de a cada dois anos, pode identificar mais cânceres agressivos. Embora as mulheres precisem suportar biópsias ou ansiedade com os diagnósticos falso-positivos, não realizar o rastreamento também pode produzir ansiedade.

A maioria dos especialistas concorda que, se uma mulher entre 40 e 49 anos for identificada como de alto risco, ela deve fazer regularmente exames de rastreamento (Veja *Quais são os fatores de risco associados ao câncer de mama?*, acima neste capítulo).

RASTREAMENTO EM MULHERES ENTRE 50 E 74 ANOS

Especialistas concordam que mulheres entre 50 e 74 anos devem realizar exames de rastreamento com regularidade.

Parte das especialistas diz que mulheres nesse grupo devem realizar os exames de rastreamento todo ano, enquanto outra parte alega a necessidade de fazê-los a cada dois anos.

O Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a *United States Preventive Services Task Force* propõem o rastreamento a cada dois anos. O argumento é o de que as vidas adicionais salvas por meio do rastreamento anual não são suficientes para justificar a realização do procedimento todo ano, uma vez que a realização dos exames periódicos com o intervalo de dois anos preservaria a taxa de 81% de redução da mortalidade por câncer de mama observada no rastreamento com o intervalo de um ano.

A Febrasgo, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) recomendam o rastreamento de rotina anual nessa faixa etária.

As diretrizes europeias para rastreamento e diagnóstico de câncer de mama orientam o rastreamento bianual para mulheres entre 50 e 69 anos e trianual para mulheres entre 70 e 74 anos.²²

RASTREAMENTO EM MULHERES COM MAIS DE 74 ANOS

Para mulheres com mais de 74 anos, há discordâncias. O Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) são contra o rastreamento nessa faixa etária.²³

A *United States Preventive Services Task Force*, por sua vez, não faz nenhuma recomendação, pois não existem estudos randomizados para essa faixa etária. A Febrasgo, a SBM e o CBR recomendam rastreamento anual desde que a mulher tenha uma expectativa de vida de sete anos (a maioria das especialistas acredita que os benefícios de fazer a mamografia aparecem somente após cinco anos). Também observam que é mais fácil encontrar câncer de mama em mamas mais velhas, já que o risco desse câncer aumenta com a idade, e acreditam que os riscos causados pelos exames de rastreamento são pequenos.

Todos concordam que a decisão de realizar os exames de rastreamento ou não nessa faixa etária deve ser baseada em uma discussão entre a mulher e sua médica ou médico. Além disso, como foi dito, há controvérsias quanto à realização dos exames de rastreamento todo ano ou a cada dois anos. A incidência do câncer de mama continua a aumentar até os 80 anos de idade, embora a maioria desses cânceres de mama não seja tão agressiva quanto aqueles encontrados em mulheres mais jovens.

Mesmo havendo discordâncias sobre quando começar a rotina de exames de rastreamento, sabe-se que a mamografia pode encontrar cânceres de mama curáveis. Refletir sobre suas preocupações e preferências pessoais, assim como sobre as recomendações de especialistas, pode ser confuso e muito estressante, em especial se você tiver fatores pessoais de risco ou amigas ou familiares que tenham enfrentado o câncer de mama. No entanto, analisar a situação de maneira informada ajudará você a tomar a melhor decisão para si mesma.

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA EM PESSOAS TRANS

Alguns estudos sugerem aumento de risco de câncer de mama em mulheres trans em hormonioterapia e uma diminuição de risco em homens trans.²⁴ Ainda assim, o risco é muito baixo, por isso, o rastreamento é indicado na mesma periodicidade de pessoas cis.

AUTOEXAME DAS MAMAS COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E RASTREAMENTO

O autoexame não é mais considerado uma estratégia efetiva de prevenção de morte por câncer de mama. Ele não tem demonstrado ser efetivo na redução de mortalidade por câncer de mama e está associado ao aumento de procedimentos invasivos como biópsias da mama, por resultados falso-positivos.²⁵

Ao invés de autoexame periódico, recomenda-se a auto-observação e a intimidade com o próprio corpo para identificar alterações suspeitas. Os sinais que devem alertar uma pessoa a procurar atendimento serão discutidos mais à frente.

E as campanhas de conscientização?

A *Fashion Targets Breast Cancer*, conhecida no Brasil como *O Câncer de Mama no Alvo da Moda*, é uma iniciativa do estilista Ralph Lauren. Desde 1995, a campanha já arrecadou mais de 85 milhões de reais, equipando serviços de saúde, capacitando profissionais, financiando pesquisas e ajudando pacientes.²⁶

O *Outubro Rosa* começou nos Estados Unidos com Charlotte Hailey, vítima de câncer de mama que questionava o repasse de verbas nos Estados Unidos para pesquisas em câncer. Ela entregava cartões com a mensagem “O orçamento anual do Instituto Nacional do Câncer é de 1,8 bilhão de dólares e apenas 5% são destinados à prevenção do câncer. Ajude-nos a despertar nossos legisladores e a América usando esta fita”.

Desde então, diversas marcas incorporaram o laço rosa em suas propagandas para o mês de outubro. Quem não apoiaria uma iniciativa que ajuda a evitar que pessoas tenham câncer de mama? No entanto, é necessário questionar se há repasse do lucro sobre esses produtos para instituições que ajudam vítimas de câncer de mama ou se há financiamento para pesquisas sobre câncer. Se há, qual porcentagem do valor arrecadado é direcionada e para quais instituições? Além do valor gasto individualmente pelos consumidores na compra, a empresa que se veste de laços rosas também contribui financeiramente com a causa? Há algum componente ou toxina no produto comprado que está relacionado ao risco de desenvolver câncer de mama?²⁷

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

O diagnóstico de câncer de mama pode se dar de duas formas: proveniente de um rastreamento (exame numa fase que seja bem indicada e numa pessoa que não tenha sintomas) ou proveniente de uma investigação (quando a pessoa tem sintomas). Os exames de investigação ou rastreio sugerem alterações que precisam ser confirmadas com biópsia. As biópsias são indicadas também quando existe alta suspeita de que a alteração do exame físico possa ser um câncer de mama. Existe sempre a chance de o exame falhar: produzir um falso-positivo (vir alterado para uma pessoa sem doença) ou um falso-negativo (vir normal para uma pessoa com câncer). Como os mamógrafos estão cada vez mais sensíveis e encontrando cada vez mais tumores iniciais, temos vivido um momento em que acontecem mais falsos-positivos – muitas mulheres sofrem com isso e é importante explicar essa possibilidade antes de pedir um exame de rotina, passar semanas achando que possui uma doença grave e depois descobrir que fez uma biópsia desnecessária. Por isso é tão importante pesar riscos e benefícios antes de começar a rastrear mulheres com

baixa chance de ter câncer de mama (grupo em que os falsos positivos e biópsias desnecessárias serão mais comuns).

Mas, uma vez que foi decidido investigar ou rastrear uma mulher e que o resultado desse exame veio alterado o suficiente para decidirmos fazer uma biópsia, é o resultado dela que nos confirmará o diagnóstico.

Quando você descobre que tem câncer, é normal sentir-se em choque e em negação, além de ficar com medo e com raiva. O câncer possui um estigma muito grande e é normal passar pelas fases do luto até elaborar bem esse diagnóstico. Nessa fase, você provavelmente será encaminhada para especialistas que vão orientá-la sobre as opções terapêuticas. Você tem o direito de ter todas as suas dúvidas respondidas e entender por completo as opções de tratamento antes de decidir como proceder.

A lumpectomia (remoção do nódulo e áreas adjacentes) e a radioterapia (também chamada de terapia de conservação de mama), quando comparadas à mastectomia (remoção da mama inteira), apresentam a mesma taxa de sobrevivência, ou seja, a mesma porcentagem de mulheres que não morrem de câncer de mama. Mesmo que em algumas circunstâncias a mastectomia seja recomendada e também seja melhor para impedir que o câncer se espalhe, você deve entender por que ela está sendo indicada. É importante insistir com a pessoa profissional de saúde que lhe explique todas as opções de tratamento, assim como os prós e contras de cada uma. Isso se chama decisão compartilhada.

TRATAMENTOS POSSÍVEIS

Cirurgias são muitas vezes recomendadas dentro de seis a oito semanas após a biópsia. Então, não há problema em reservar um tempo para se ajustar, fazer perguntas e descobrir suas opções. Em alguns casos, a quimioterapia é usada durante várias semanas ou meses para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia (isso é chamado de quimioterapia neoadjuvante).

Quando você está tentando decidir qual tratamento seguir, é provável que a pergunta mais premente seja: “Como posso maximizar minhas chances de sobrevivência sem a doença?”. Mas você também precisa entender os efeitos a longo prazo da terapia de câncer. Para decidir qual o melhor tratamento, você também precisa saber o tamanho, o status hormonal (chamado de RE/RP)²⁸ e o status HER-2²⁹ do seu tumor, além de saber se há câncer nos nódulos linfáticos. Esses fatores são específicos para cada mulher, e os marcadores do tumor ajudam a individualizar e otimizar o seu tratamento. A maior parte dessas informações é disponibilizada após a biópsia e utilizada para recomendação de terapias sistêmicas (terapia endócrina/hormonal ou quimioterapia) e/ou radiação. Normalmente, oncologista é a pessoa que discute as opções de tratamento apropriadas baseando-se nos resultados da biópsia ou da cirurgia.

É importante aprender sobre todas as opções disponíveis. O campo inteiro da medicina de câncer de mama está mudando rapidamente. Tratamentos e teorias antigas e consolidadas estão sendo questionadas, enquanto novas técnicas ainda não foram usadas durante tempo suficiente para serem avaliadas por completo. No Brasil, a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama – femama.org.br) tem um importante papel de ativismo, junto com diversas outras ONGs. Obter informações balanceadas a respeito dos prós e contras das várias formas de tratamento ajudará você a saber quais perguntas fazer e como proceder com seu cuidado médico.

ESTÁGIOS DO CÂNCER DE MAMA

Todos os cânceres são classificados por estágios. A necessidade de classificá-los dessa forma baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem e quando ela se estende a outros órgãos (metástase).

Sendo assim, os estágios fornecem algumas informações sobre o prognóstico de uma pessoa, além de servirem como mecanismo de comparação entre tratamentos e resultados em diferentes populações. Para qualquer estadiamento há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Ele é baseado em três elementos: 1. tamanho ou extensão do tumor (T); 2. quais nódulos linfáticos, se for o caso, contêm células cancerígenas (N); e 3. existência de metástase – câncer detectado por raio-X ou imagens em outras partes do corpo (M). Esses parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

Quando o câncer é diagnosticado pela primeira vez, o estágio clínico é identificado por meio de exames físicos e alguns testes de dispersão metastática (que identificam se há focos além daquele principal, em outras partes do corpo). Após cirurgia, a análise laboratorial do tecido mamário e dos nódulos linfáticos removidos determinará o estágio patológico. Saber o estágio é importante, pois, normalmente, as recomendações médicas de tratamento são baseadas em quão bem outras mulheres com câncer no mesmo estágio e histórico similar responderam aos vários tratamentos. O estágio TNM é dividido em cinco categorias ou estágios gerais.

Tabela 1 – Esquema geral da classificação TNM

Estágio	0	1	2	3	4
Tamanho do tumor	Bem pequeno	Menos de 2 cm	De 2 a 5 cm	5 cm	Qualquer tamanho
Linfonodos	Sem câncer	Sem câncer	Afetado pelo câncer	Afetado pelo câncer; câncer alcançou os músculos e a pele	Afetado pelo câncer
Metástase	Confinado à área da mama, não fora	O câncer se espalhou para fora da área da mama, para qualquer parte do corpo			
Taxa de sobrevivência de 5 anos	100%	100%	87%	61%	20%

Fonte: Jordan Breast Cancer Program, 2019.³⁰

CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE CÂNCER DE MAMA

Cânceres de mama são classificados entre não invasivos (*in situ*) ou invasivos. Tumores *in situ* são compostos por células que, quando vistas sob um microscópio, parecem cancerígenas, mas não se comportam como tais. Elas permanecem encapsuladas em seu ambiente habitual – dentro do duto ou lóbulo. Como não há vasos sanguíneos ou linfáticos nesses ambientes, essas células não têm acesso a outras partes do corpo. Já o câncer de mama invasivo (também conhecido como infiltrado) atravessa as paredes dos dutos e lóbulos, invadindo a porção adjacente dos tecidos mamários, gordurosa e fibrosa, que contém vasos sanguíneos e linfáticos.

Carcinoma Lobular *in situ* (CLIS)

Hoje em dia, o carcinoma lobular *in situ* (CLIS) não é considerado câncer, mas um fator de risco para o desenvolvimento eventual de câncer de mama. Como o CLIS não é pré-invasivo, não há necessidade de removê-lo, a não ser que seja encontrado em uma biópsia por agulha grossa ou “*core biopsy*”.³¹ Uma vez que a *core biopsy* fornece uma amostra limitada, a recomendação nesse caso é a remoção e o exame de mais tecidos para ter certeza de que não há nenhum câncer invasivo ou *in situ* nas proximidades.

Em estudos sobre CLIS, 20% a 40% das mulheres com esse tipo de carcinoma desenvolveram câncer (a maioria eram carcinomas ductais invasivos) em um período

de 20 anos ou mais. Tais cânceres podem ocorrer em qualquer região da mama, não apenas na área em que a biópsia foi realizada.

Carcinoma Ductal *in situ* (CDIS)

O carcinoma ductal *in situ* (CDIS) é um câncer não invasivo, mas há cientistas que acreditam que o CDIS se tornará invasivo com o passar do tempo. Também pode ser que ele nunca se torne um câncer invasivo no seu tempo de vida. Atualmente, uma quantidade maior de mulheres recebe esse diagnóstico, pois os avanços tecnológicos possibilitaram encontrar cada vez mais CDIS por conta das mamografias de rastreamento. Uma vez que o CDIS pode se tornar um câncer invasivo, na maioria das vezes recomenda-se o tratamento, principalmente, porque ainda não há uma forma de distinguir quais mulheres realmente precisam dele.

Caso você receba esse diagnóstico, busque uma segunda opinião patológica – de preferência com uma pessoa especializada em patologia mamária – antes de concordar com qualquer tratamento. Se possível, procure a opinião de um centro de câncer de mama no qual você possa consultar uma equipe multidisciplinar de especialistas em mama.

Mulheres diagnosticadas com CDIS têm aproximadamente 1% de risco de desenvolver doença metastática e 96% a 98% estão vivas dez anos após o diagnóstico. O tratamento busca remover a área do CDIS e reduzir a chance de uma recorrência local dentro da mama. Durante anos, o tratamento mais comum para CDIS era a mastectomia. Estudos iniciais comparando uma abordagem de conservação das mamas com lumpectomia combinada à radioterapia mostraram taxas similares de recorrência local da doença e nenhuma diferença na taxa de sobrevivência. Agora as mulheres têm uma escolha quanto às opções de tratamento. Para a terapia de conservação da mama, um procedimento semelhante à lumpectomia, chamado excisão ampla ou mastectomia parcial, é realizado com o objetivo de limpar as bordas do CDIS (o que significa que nenhum CDIS é encontrado nas bordas do tecido removido). Em algumas mulheres, mesmo após várias excisões, o CDIS permanece nas bordas. Nesses casos, a mastectomia é recomendada.

Não há consenso na comunidade médica quanto a se a radioterapia é necessária para todas as mulheres diagnosticadas com CDIS. Estudos ainda não forneceram fortes evidências de que a adição da radioterapia seja mais ou menos efetiva do que apenas a excisão ampla.

Câncer de mama invasivo

No câncer de mama invasivo ou infiltrado, as células cancerígenas moveram-se para fora dos dutos ou lóbulos em direção aos tecidos adjacentes. Uma vez que as células tumorais podem se espalhar para outras partes do corpo, por meio da corren-

te sanguínea ou pelo sistema linfático, o tratamento, em geral, requer cirurgia local e possivelmente radioterapia, acompanhado por tratamentos sistêmicos, tais como medicamentos de bloqueio hormonal e/ou quimioterapia.

Uma forma incomum, porém muito agressiva de câncer de mama, é conhecida como câncer de mama inflamatório (CMI). Em geral, o primeiro sintoma é a vermelhidão da pele, que fica com a aparência de uma casca de laranja, chamada de *peau d'orange* (motivo pelo qual é chamado de inflamatório). É comum que um antibiótico seja receitado para ver se a vermelhidão é causada por uma infecção. Caso não melhore, uma biópsia da mama e da pele poderá diagnosticar o câncer. O tratamento habitual consiste em realizar primeiro a quimioterapia e, em seguida, a mastectomia ou radiação.

VISÃO GERAL DOS TRATAMENTOS DE CÂNCER DE MAMA

À medida que pesquisadoras descobrem mais informações sobre a biologia do câncer de mama, as teorias de tratamento mudam. O câncer de mama, em geral, se desenvolve devagar. A maioria dos cânceres cresce durante seis a dez anos antes de ser grande o suficiente para poder ser identificada por mamografias ou exames de tato. Durante esse período, as células cancerígenas podem estar se espalhando (metástase), por meio de vasos sanguíneos e do sistema linfático, para outras partes do corpo. Não é sempre que isso acontece, uma vez que nem todas as células de câncer de mama sobrevivem fora das mamas. Além disso, o tamanho do câncer nem sempre corresponde ao quão agressivo ele é; o tipo de células presentes também afeta o que acontecerá. No entanto, não há certeza de cura. Um ditado clássico entre as pessoas que sobreviveram ao câncer de mama é: “você não sabe que está curada até morrer de outra coisa”. Mulheres que “até o momento” tiveram sucesso no tratamento dizem estar sem evidência da doença.

Os tratamentos atuais para câncer de mama são locais (terapia focada na mama) ou sistêmicos (terapias para o corpo inteiro). Cirurgia e radiação são terapias locais; quimioterapia, terapia hormonal/endócrina e terapia biológica/alvo são sistêmicas, pois alcançam outras partes do corpo além das mamas.

Quase todas as mulheres com câncer de mama passam por algum tipo de terapia local, tipicamente uma combinação de cirurgia com ou sem radioterapia. As duas opções mais comuns de tratamento cirúrgico são a lumpectomia (cirurgia de conservação da mama) seguida de radioterapia localizada na área afetada ou a mastectomia. Algum tipo de teste de nódulo linfático é feito em casos de cânceres invasivos ou não invasivos que tenham mais de cinco centímetros de tamanho. O procedimento do nódulo sentinela pode ser feito quando não há nódulos palpáveis embaixo do braço, ou seja, que não podem ser sentidos ao passarmos a mão. Esse procedimento

envolve a remoção apenas de nódulos próximos ao câncer, chamados de nódulos sentinela. Se esses nódulos não apresentam propagação do câncer provinda da mama, uma cirurgia mais extensa para a remoção de outros nódulos axilares, que costumava ser o padrão, não é necessária.

A taxa de sobrevivência depende de as células cancerígenas já terem se dispersado para outras partes do corpo além das mamas e, em caso afirmativo, da eficiência da terapia sistêmica.

As terapias locais podem fazer a diferença no risco de recorrência local dentro da mama ou na probabilidade de o câncer reaparecer dentro da mama ou área torácica. Em geral, a decisão sobre usar ou não terapias sistêmicas (tais como terapia hormonal/endócrina) depende do que os resultados dos exames revelam a respeito da possibilidade de o câncer se espalhar. Além disso, a decisão deve ser tomada levando em consideração como você se sente quanto aos riscos e efeitos colaterais.

Listamos abaixo algumas perguntas que você pode fazer à equipe responsável por seu cuidado médico para se manter o mais bem informada possível. No contexto brasileiro, é possível que esse atendimento seja realizado por uma equipe de atenção primária de um serviço público ou privado, por ginecologista e/ou mastologista do plano de saúde, por uma médica ou médico particular ou, ainda, por profissionais de serviços especializados. Para cada um desses cenários é provável que surjam questionamentos referentes a fluxos específicos. Não deixe de fazer as perguntas que achar importantes e, se achar necessário, acione a ouvidoria dos serviços em que realizar esses atendimentos. A publicação interativa *Vamos Falar de Câncer de Mama*, de Mirela Janotti, também traz reflexões sobre a doença através de cartas com perguntas e foi inspirada na experiência pessoal dela com o câncer de mama.³²

Perguntas a fazer no momento do diagnóstico inicial:

- Por favor, me explique o tipo de câncer de mama que tenho. É um CDIS não invasivo ou câncer invasivo?
- Como posso marcar uma consulta com uma pessoa especializada em cirurgias de mamas? Existem hospitais perto de onde moro que tenham programas multidisciplinares de câncer de mama com uma equipe de especialistas que eu possa visitar para conhecer?
- Que tipo de informação eu preciso fornecer na minha visita?
- Você pode me indicar uma ou um patologista de mama que possa ver minhas imagens? Como poderíamos conseguir uma segunda opinião sobre a patologia?
- Podemos revisar o relatório da minha patologia? O que significa “grau”?
- O que é a classificação por estágios e qual é o estágio da minha doença?
- Preciso fazer algum exame adicional? Por quê?
- Que tipo de serviços de apoio estão disponíveis e com quem devo falar?

- Existe alguém que possa me acompanhar durante o tratamento e estar disponível para responder às minhas perguntas?

Ao discutir opções de tratamento cirúrgico local:

- Posso fazer uma lumpectomia de conservação de mama e radioterapia?
- Em caso negativo, por quê?
- Você poderia descrever o passo a passo do procedimento cirúrgico?
- Faremos algum procedimento de nódulo linfático? De que tipo?
- Explique sua técnica para uma biópsia de nódulo sentinela (usada para determinar se o câncer se espalhou pelo sistema linfático). O que significa quando um nódulo sentinela é positivo? Quantos procedimentos como esse você já realizou? Quantos casos de falso-negativo existem?
- Qual é o risco de recorrência local na minha mama ou parede torácica se eu fizer uma mastectomia?
- Qual é o meu risco de desenvolver câncer na outra mama?
- Se a mastectomia for recomendada ou se eu decidir fazê-la, é possível fazer uma reconstrução de mama? Quais tipos de reconstrução seriam possíveis?
- Se eu fizer uma lumpectomia (também chamada de mastectomia parcial e excisão ampla), quais as chances de não obter as bordas livres de câncer?
- Quantas cirurgias de mama você faz em um mês?
- Como os resultados patológicos da minha cirurgia vão influenciar o tratamento no geral?
- Descreva o passo a passo do processo de recuperação. O que poderei ou não fazer?
- Quais restrições existirão nas minhas atividades diárias? Posso fazer exercícios?
- Por quanto tempo terei de ficar afastada do trabalho?
- Se eu fizer a mastectomia, por quanto tempo ficarei no hospital? Precicarei de ajuda em casa após a cirurgia?
- Quais são as possíveis complicações da cirurgia a longo e a curto prazo?

Perguntas para a pessoa especializada em radioterapia oncológica:

- O que acontece durante os tratamentos por radiação?
- Quais serão os efeitos colaterais?
- Ficarei cansada por conta das sessões? Posso trabalhar durante a radioterapia?
- Quantas sessões serão necessárias?
- Ouvi falar sobre a existência de uma radioterapia que leva menos de seis semanas. Posso fazer esse tratamento mais curto? Em caso negativo, por quê?

Questões para oncologistas:

- Por favor, me explique o que significa RE, PR e HER-2.

- Como esses marcadores são utilizados no planejamento do meu tratamento?
- Quando a quimioterapia começaria?
- Quais são os efeitos colaterais imediatos (a curto prazo) e a longo prazo dos medicamentos que devo supostamente tomar?
- O que acontece com minhas veias? O que é um acesso? Preciso de um durante o tratamento?
- Existe algum tratamento clínico experimental apropriado para mim?
- Caso eu precise de quimioterapia, alguém poderia me levar para conhecer a área de tratamento?
- Existem terapias integrativas como Reiki, acupuntura e massagem que eu poderia usar para lidar com os efeitos colaterais?

Perguntas relacionadas ao estilo de vida:

- Que tipo de exercício posso fazer durante o tratamento?
- Posso pintar meus cabelos durante o tratamento? Perderei meus cabelos durante o tratamento?
- Posso viajar durante o tratamento?
- Vou ganhar ou perder peso durante o tratamento?
- Existem alimentos especiais que eu deva consumir ou evitar durante meu tratamento?

PRÓTESE, RECONSTRUÇÃO OU CICATRIZ?

Algumas mulheres que passaram por mastectomia sentem-se confortáveis em não “preencher” o espaço da mama retirada e escolhem não colocar uma prótese externa ou fazer cirurgia de reconstrução.

Eu me recuso a ter minhas cicatrizes escondidas ou trivializadas atrás de uma prótese de silicone... Eu me recuso a esconder o meu corpo simplesmente porque isso pode fazer o mundo mulherfóbico mais confortável... Eu me sinto pessoalmente afrontada pela mensagem de que sou apenas aceita se minha aparência for “normal” ou “certa”.

Outras não querem uma cicatriz visível, enquanto algumas têm medo de que as pessoas sejam repelidas pela cicatriz. Algumas decidem utilizar uma prótese dentro do sutiã para preencher a área e deixá-la “igual” ao outro lado por baixo das roupas. Outras preferem fazer a reconstrução da mama por cirurgia plástica, por meio do uso de seu próprio tecido e/ou de um implante.

Prótese

A prótese externa, desde que usada junto com o sutiã para mantê-la no lugar, passará a impressão de que nada mudou em sua aparência. Ela pode se movimentar por baixo das roupas ou ser pesada; pode ser quente no verão e gelada no inverno. Apesar disso, a sensação, o encaixe e o conforto das próteses estão sempre melhorando. Lojas e empresas on-line especializadas em próteses sob medida podem fazer uma customizada e adequada à sua anatomia. Você pode adquirir uma prótese temporária logo após a cirurgia e, depois da cicatrização completa, customizar uma permanente.

Toda mulher que, em virtude do câncer, teve uma ou ambas as mamas amputadas ou mutiladas, tem direito a essa cirurgia, sendo necessária a recomendação da médica ou médico assistente da paciente. Tanto o SUS como os planos privados de assistência à saúde têm a obrigação de prestar o serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama.

A Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999,³³ estabelece que as mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva, por meio do SUS.

A Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013,³⁴ dispõe sobre o momento da reconstrução mamária, determinando que, quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico.

Assim, havendo indicação médica, toda mulher tem o direito de realizar a cirurgia de reconstrução de mama durante a intervenção cirúrgica para tratamento da doença.

Na hipótese de não ser possível a reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas.

A paciente também tem direito à cirurgia plástica de correção de eventual assimetria entre a mama afetada pelo câncer e a saudável, para manter a proporção estética entre ambas, bem como à reconstrução do complexo aréolo-mamilar.

Reconstrução

A reconstrução da mama é uma opção cirúrgica tanto no momento da realização da mastectomia quanto depois. Pode haver alguma pressão médica para que as mulheres iniciem a reconstrução ao mesmo tempo em que realizam a mastectomia. Ainda que isso possa ser uma ajuda psicológica e reduzir um pouco o número de cirurgias, não há problemas em esperar e ver como você se sente. Se parecer que você tem muitas decisões para tomar ao mesmo tempo – como a escolha do tipo tratamento e se quer ou não realizar a reconstrução e de que tipo –, não se precipite. Você também pode querer se informar sobre considerações importantes de segurança, em especial quanto aos implantes mamários de silicone.

A reconstrução cirúrgica envolve a execução de um implante sob o músculo do peitoral ou de um enxerto dos tecidos do seu próprio corpo (com vasos sanguíneos) retirados das costas, abdômen ou nádegas e realocados para a área do peitoral (chamada de reconstrução com retalhos).

Às vezes, um implante é utilizado para complementar a cirurgia de transferência de tecidos. A reconstrução não é isenta de riscos, que podem ocorrer tanto durante a cirurgia (perda de sangue ou infecção) quanto após. Apesar disso, ela pode trazer benefícios físicos e emocionais.

O implante é um envelope sintético e flexível feito de silicone e preenchido com uma solução salina ou gel de silicone. O implante é posicionado atrás dos músculos do peitoral e, em seguida, a pele é suturada. Caso não haja espaço suficiente para o implante, um expansor flexível é inserido primeiro para esticar os tecidos que o cobrirão durante três a seis meses. Assim que o espaço estiver do tamanho correto, o expansor é removido e substituído pelo implante permanente.

Riscos associados ao implante

Muitas mulheres desenvolvem condições debilitantes após cirurgias de implante mamário. O risco de infecção está presente em qualquer cirurgia, mais frequentemente nas primeiras semanas após a operação.

No caso da reparação de mama com silicone, há riscos de contratatura capsular. Ela ocorre quando, ao redor do implante, forma-se uma cápsula rígida. Se ela se fechar muito, pode começar a apertar o implante, fazendo com que a mama pareça endurecida. Fumar faz com que vasos sanguíneos fiquem mais estreitos, reduzindo o fornecimento de nutrientes e oxigênio aos tecidos, o que pode atrasar a cicatrização em qualquer cirurgia.

Existe uma considerável controvérsia quanto à segurança dos implantes de silicone a médio e longo prazo. Precisamos de mais pesquisas com mulheres que tenham implantes mamários há pelo menos dez ou doze anos, uma vez que a maior parte dos vazamentos ou rupturas acontecem após esse período. Algumas pesquisas mostraram um aumento de fibromialgia ou de algumas doenças autoimunes entre mulheres com implantes de gel de silicone com vazamento. Algumas pesquisadoras e pesquisadores têm relacionado alguns sintomas autoimunes à síndrome ASIA (*Autoimmune Syndrome Induced by Adjuvants* – Síndrome Autoimune Induzida por Adjuvantes). Essa síndrome, que foi descrita em 2011, é induzida por adjuvantes como o silicone. Ainda não há critérios diagnósticos bem definidos, mas alguns dos sintomas que podem estar relacionados são: dores articulares e musculares, fadiga, sintomas neurológicos e alterações cognitivas.³⁵ Precisamos de pesquisas melhores para determinar a frequência com que mulheres com implantes que apresentam vazamento, ou não, sofrem de sintomas autoimunes, e não apenas de doenças autoimunes.

Reconstrução: perguntas a fazer

Procure consultar equipes especializadas em cirurgias plásticas para descobrir que tipo de reconstrução é a melhor para você. Caso a reconstrução utilize músculos de outras partes do seu corpo (como a partir do retalho do músculo reto abdominal), você perderá força no local de onde o tecido muscular foi retirado. Isso é mais difícil de ocorrer caso seja transferido um tecido que não apresente músculo, como um retalho perfurador da artéria epigástrica inferior profunda (DIEP), que utiliza gordura e pele do tecido abdominal. Se você quiser considerar uma reconstrução utilizando o retalho miocutâneo transverso de reto abdominal (TRAM), o retalho do músculo grande dorsal ou o retalho perfurador da artéria epigástrica inferior profunda (DIEP), é importante encontrar uma cirurgiã ou cirurgião plástico que tenha experiência nesse tipo de procedimento, pois o nível de experiência aumenta as chances de sucesso no caso de cirurgias mais complicadas.

Para qualquer tipo de reconstrução, pergunte a duração do período de recuperação para a operação que está sendo recomendada. Caso você fume ou tenha diabetes, pode haver maiores chances de complicações, uma vez que seus vasos sanguíneos podem ser estreitos ou danificados. Por causa disso, o processo de cura pode ser mais difícil. Se você tiver uma vida ativa, em especial se praticar um esporte específico, peça à pessoa que for fazer sua cirurgia para tentar tornar possível você retornar a essa atividade algum dia. Assim que conseguir uma recomendação, peça para conversar com mulheres que passaram pelo mesmo procedimento tanto com sua equipe médica quanto com outras. Você pode encontrar outras mulheres para conversar por meio de assistentes sociais de oncologia e também em grupos de suporte ao câncer de mama, além de outras organizações.

A Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama) tem uma rede junto com suas ONGs associadas, em que você poderá encontrar a ONG mais próxima, assim como seu grupo de apoio.³⁶ Se você remover uma mama, é provável que uma pessoa especializada em cirurgia plástica tente fazer com que ambas as mamas fiquem o mais parecidas possível. Isso é difícil de ser feito com implantes, pois eles tendem a deixar a nova mama mais elevada e arredondada do que a mama que não foi retirada. Às vezes é recomendado que se faça uma elevação e/ou implante na mama remanescente, para que ambas fiquem mais simétricas.

Leve em consideração os riscos e os possíveis problemas de cirurgias adicionais. Também deve ser considerado o tempo de recuperação e os efeitos colaterais, como a perda de sensibilidade no mamilo.

Se você está considerando a reconstrução, tenha certeza de que a equipe cirúrgica compreendeu o que você quer, pois ela pode ter algo diferente em mente. É importante mencionar o tamanho da mama que você gostaria de ter e certificar-se de que essa equipe concorda com você. Caso esteja planejando uma reconstrução

com retalhos TRAM, músculo grande dorsal ou DIEP, converse com sua cirurgiã ou cirurgião sobre como você se sente em relação a ter uma segunda cicatriz no local em que o seu tecido será removido para a operação.

O seu tamanho corporal e o quanto de tecido você tem de sobra podem ser fatores determinantes para esses procedimentos funcionarem ou não para você. Algumas pessoas especializadas em cirurgias plásticas sugerem a realização da reconstrução utilizando retalhos e implantes. Reserve um tempo para se informar sobre a reconstrução da mesma forma que fez em relação ao tratamento.

Independentemente do tipo de reconstrução que você escolher, a cirurgiã ou cirurgião pode criar o mamilo e a auréola utilizando um enxerto de pele mais escura ou uma tatuagem. Em geral, esse procedimento é feito meses após a cirurgia de reconstrução.

DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E O PROGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

Muitas mulheres vivem uma vida longa e saudável após um diagnóstico de câncer de mama. Contudo, mesmo com todos os indicadores disponíveis, é difícil fazer previsões. O sistema imune de uma pessoa e seu estado de saúde geral são uma parte importante da questão, mas também há muitos fatores desconhecidos.

As pesquisas atuais estão focadas em encontrar biomarcadores – proteínas no sangue que indicam a presença de cânceres e a maneira como eles irão se comportar. Além disso, também estão buscando formas de evitar que as células cancerígenas se reproduzam, como impedir o fornecimento de sangue para os tumores e alterar instruções genéticas que os fazem crescer fora de controle. Ademais, estão buscando desenvolver drogas que consigam atingir células cancerígenas sem matar células saudáveis. Em um futuro próximo, mais avanços nessas áreas deverão resultar em tratamentos mais efetivos e individualizados e, quem sabe, até mesmo na cura. Participar de pesquisas como estudos comparativos ou testes clínicos experimentais de novos tratamentos é uma oportunidade de contribuir com o progresso da pesquisa sobre câncer de mama e pode ser bastante significativa para algumas mulheres.

NOTAS

1. Disponível em: jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2781350.
2. Wendie A. Berg, Alan G. Sechtin, Helga Marques e Zheng Zhang, “Cystic breast masses and the ACRIN 6666 experience”. *Radiologic Clinics*, v. 48, n. 5, 2010.

3. Leia mais em: Joann G. Elmore, Mary B. Barton, Victoria M. Moceris, Sarah Polk, Philip J. Arena e Suzanne W. Fletcher, “Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations”. *The New England Journal of Medicine*, v. 338, n. 16, 1998. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199804163381601>
4. Leia mais em: Zahl Per-Henrik, Jan Marhlen, Gilbert Welsh, “The Natural History of Invasive Breast Cancers Detected by Screening Mammography”. *JAMA Internal Medicine*, vol. 168, n. 21, 2008. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/773446>
5. Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, *Protocolos de atenção básica: saúde das mulheres*, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
6. Instituto Nacional do Câncer (INCA), “Controle do câncer de mama: conceito e magnitude”, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude#nota2>
7. Ibidem.
8. BRCA1 e BRCA2 são genes que todas nós possuímos. Eles são responsáveis por codificar proteínas que reparam o DNA. Quando estão mutados, aumentam o risco de desenvolver câncer.
9. Gestação a termo significa que o parto foi realizado entre 37 e 41 semanas. Mais informa es em: Núcleo de Telessaúde de Sergipe, “Qual o período limite de uma gesta o? Houve alguma altera o recente?”, 21 de outubro de 2014. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-o-periodo-limite-de-uma-gestacao-houve-alguma-alteracao-recente/>
10. Mário C. Nogueira, Maximiliano R. Guerra, Jane R. D. Cintra, Camila S. L. Corrêa, Vívian A. Fayer e Maria Teresa B. Teixeira, “Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de media o usando abordagem de respostas potenciais”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BSgbhsqSDGj6vr8kRTmckcP/?format=pdf&clang=pt>
11. Instituto Nacional de Câncer (INCA), *Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
12. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, “Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence”. *The Lancet*, v. 394, n. 10204, 2019.
13. Lina S. Morch, Charlotte W. Skovlund, Philip C. Hannaford, Lisa Iversen, Shona Fielding e Ojvind Lidegaard, “Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer”. *The New England Journal of Medicine*, 2017. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1700732>. Mais informa es em: Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, “Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence”. *The Lancet*, 29 de agosto de 2019.

14. Tara M. Friebel, Susan M. Domchek, Timothy Rebbeck, “Modifiers of cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: systematic review and meta-analysis”. *Journal of The National Cancer Institute*, v. 106, n. 6, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/jnci/article/106/6/dju091/2606840?login=false>
15. Deborah C. Malta, Lenildo de Moura, Maria de Fátima M. de Souza, Maria Paula Curado, Airlane P. Alencar, Ronaldo Coimbra e Otaliba L. de M. Neto, “Tendência de mortalidade por câncer de mama no Brasil e em estados selecionados”. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 12, n. 2, 2008. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/261>
16. Larissa Di Leo N. Costa, Ana Hélia de L. Sardinha, Pabline M. Verzaro, Luciana L. C. Lisbôa, Rosangela F. L. Batista, “Mortalidade por câncer de mama e condições de desenvolvimento humano no Brasil”. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 65, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.50>
17. Original disponível em: https://hardingcenter.de/sites/default/files/2020-05/Icon%20array_mammography_EN_20191012.pdf
18. Para mais informações sobre sobrediagnóstico, sugerimos as seguintes publicações: a) Robert M. Kaplan e Franz Porzolt, “The Natural History of Breast Cancer” (*JAMA Internal Medicine*, 2008. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/414627>); b) “The Natural History of Invasive Breast Cancers Detected by Screening Mammography” (*JAMA Internal Medicine*, 2008. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/773446>); c) Juan Gervas e Mercedes Perez Fernandez, *São e salvo: e livre de intervenções médicas desnecessárias* (Porto Alegre: Artmed, 2016); d) Ana Lúcia Coradazzi, “Rastreamento de câncer de mama: uma decisão a ser compartilhada”. (*Slow Medicine*, 17 de setembro de 2018. Disponível em: <https://www.slowmedicine.com.br/rastreamento-do-cancer-de-mama-uma-decisao-a-ser-compartilhada/>)
19. Informações disponíveis em: a) Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, “Outubro rosa: os riscos do sobrediagnóstico e o sobretratamento”, 2 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/outubro-rosa-os-riscos-do-sobrediagnostico-e-o-sobretratamento>; b) Ministério da Saúde, *Caderno de atenção primária*, 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf
20. Informações disponíveis em: a) Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, “Como foram feitas as recomendações para o rastreamento do câncer de mama?”, 18 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/295-como-foram-feitas-as-recomendacoes-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama>; b) Sociedade Brasileira de Mastologia, “Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos”, 2017. Disponível em: <https://sbmastologia.com.br/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos/>
21. European Commission Initiatives on Breast and Colorectal Cancer, “Screening ages and frequencies”, 2022. Disponível em: <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-cancer-guidelines/screening-ages-and-frequencies>

22. *Ibidem*.
23. Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer (INCA), *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//sumario-diretrizes-deteccao-precoce-mama-2017.pdf>
24. Christel J. M. de Blok *et al.*, “Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands”. *The BMJ*, v. 235, 2019. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l1652>
25. Para mais informações sugerimos as leituras: a) Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul, “O rastreamento para câncer de mama através de um autoexame ou exame clínico da mama reduz a mortalidade e morbidade de câncer de mama?”, 19 de novembro de 2017. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/o-rastreamento-para-cancer-de-mama-atraves-de-um-auto-exame-ou-exame-clinico-da-mama-reduz-a-mortalidade-e-morbidade-de-cancer-de-mama>; b) Cochrane, “Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer”, 22 de abril de 2003. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD003373/BREASTCA_regular-self-examination-or-clinical-examination-for-early-detection-of-breast-cancer
26. Leia mais em: Hospital São Camilo, “O câncer de mama no alvo da moda”, 2021. Disponível em: <http://www.ocancerdemamanoalvodamoda.com.br/alvo-campanha/>
27. Sobre esse tema, recomendamos o documentário *Pink Ribbon Inc*, dirigido por Léa Pool e lançado em 2012, e a página *Think Before You Pink* (bcaction.org/about-think-before-you-pink).
28. Para nortear a escolha do tratamento, os cânceres precisam ser caracterizados quanto a presença ou ausência de receptores hormonais: o receptor de estrogênio (RE) e receptor de progesterona (RP).
29. Presença ou ausência de hiperexpressão da proteína HER-2.
30. Jordan Breast Cancer Program, “Breast Cancer Stages”, 2019. Disponível em: <http://www.jbcp.jo/understandingbreastcancer/33>
31. Biópsia por agulha grossa é um procedimento realizado com anestesia por agulha grossa acoplada em um tipo de pistola. Retira fragmentos do tecido mamário para avaliação.
32. Disponível em: <https://matrixeditora.com.br/produtos/vamos-falar-de-cancer-de-mama/>
33. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19797.htm
34. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112802.htm
35. Abdulla Watad, Kassem Sharif e Yehuda Shoenfeld, “The ASIA syndrome: basic concepts”. *Mediterranean Journal of Rheumatology*, v. 28, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.mjrrheum.org/june-2017/newsid792/84>
36. Mais informações em: <https://www.femama.org.br/site/>

PROBLEMAS MÉDICOS SELECIONADOS: TRATO GENITAL

ESTE CAPÍTULO trata de problemas comuns do trato genital: útero, ovários, vagina e vulva. Soma-se ao capítulo anterior, que abordou problemas comuns das mamas, na tentativa de trazer informações de boa qualidade, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. É importante estar ciente de que informações sobre melhores opções de tratamento podem mudar em um curto espaço de tempo. Por isso, é recomendável questionarmos a pessoa da área da saúde que estiver nos atendendo sobre atualizações da literatura.

Para grande parte dos problemas selecionados neste capítulo, existe uma extensa produção científica; para outras, como endometriose, vulvodínia e síndrome dos ovários policísticos, ainda há várias lacunas de conhecimento. Procuramos, ao longo do texto, pontuar onde essas lacunas existem, mesmo em procedimentos e condutas arraigadas.

O ÚTERO E O COLO DO ÚTERO

O útero é um órgão do tamanho de uma pera feito de tecido muscular e localizado na região inferior do abdômen. A parte interna é recoberta pelo endométrio, um tecido sensível aos hormônios. A cada ciclo menstrual esse tecido se desfaz. O útero pode se esticar para acomodar um feto em crescimento e, depois, empurrar a bebê para fora no momento do parto, retornando quase ao seu estado anterior. O colo do útero é a abertura para o útero, que protege seu interior do meio externo e se abre durante o parto para permitir a saída da bebê.

Esta seção discute alguns dos maiores problemas e condições pelas quais podemos passar com essas partes de nosso corpo. Para mais informações sobre a anatomia e função do útero e do colo do útero, veja o capítulo 1, “Anatomia sexual, reprodução e o ciclo menstrual”.

MIOMAS UTERINOS (LEIOMIOMAS, FIBROIDES)

Miomas são tumores benignos sólidos de tecido muscular liso que aparecem muitas vezes em grupos, na parte externa, interna ou na parede interna do útero, e que podem mudar de tamanho e forma. Muitos miomas não causam problema algum, e

muitas mulheres nem mesmo sabem que eles estão presentes. A maioria das mulheres que têm miomas pode engravidar e levar uma gravidez normalmente sem qualquer tratamento especial.

Alguns miomas, dependendo do tamanho e do local em que se encontram, podem causar sangramento vaginal intenso, dor nas costas ou cólica no abdômen, problemas urinários e constipação. Às vezes, podem fazer a barriga parecer maior. Miomas que se concentram na cavidade uterina (submucosos) podem dificultar tanto a gravidez quanto sua manutenção a termo, assim como aumentar o sangramento vaginal.

Em pelo menos 10% a 50% dos casos em que os miomas são removidos, novos podem crescer. No entanto, apenas 20% das mulheres precisam de tratamento adicional.

Cerca de 30% de todas as mulheres desenvolvem miomas ao completar 35 anos de idade, e quase 80% das mulheres terão miomas aos 50 de idade.

Mulheres negras têm maiores chances de desenvolver miomas, em especial quando jovens. A causa do desenvolvimento é desconhecida. Cerca de 40% dos miomas crescem durante a gravidez, em geral nos primeiros três meses, e não há evidência científica que corrobore o uso de anticoncepcional para tratamento ou prevenção de miomas.

Quando alguns dos sintomas descritos estão presentes, o exame físico deve ser realizado e, se houver necessidade, exames de imagem também podem ser solicitados, já que os miomas podem ser diagnosticados por meio da ultrassonografia pélvica. A possível evolução dos miomas pode levar à piora dos sintomas; portanto, caso isso aconteça, fale com sua médica ou médico para avaliá-la. Apesar de o ultrassom fornecer informações mais detalhadas sobre o número e tamanho dos miomas, ele nem sempre é necessário.

Se você tiver miomas e sangramentos anormais, procure verificar outras possíveis causas para esse sangramento (veja “Sangramento uterino anormal”).

Tratamentos médicos para miomas

Em muitos casos, nenhum tratamento é necessário para miomas. Quando há sintomas, o tratamento pode ser clínico, que consiste na observação e uso de medicação oportuna, ou cirúrgico. Se você está se aproximando da menopausa, o declínio natural nos níveis de estrogênio normalmente diminui o tamanho dos miomas. Embora algumas médicas ou médicos recomendem a histerectomia (remoção do útero) como tratamento para miomas, em geral isso não é necessário.¹

Miomectomia

Se tiver sangramento excessivo, dor, dificuldades urinárias ou problemas durante a gravidez, você pode querer fazer uma operação, chamada de miomectomia, para remover os miomas. Feita por profissional com qualificação, a miomectomia evita

alguns dos problemas associados à histerectomia, mas também pode apresentar riscos, como sangramento e ruptura uterina no trabalho de parto. Por essas razões, essa abordagem pode ser arriscada para quem deseja engravidar. Mesmo grandes e múltiplos miomas podem ser removidos com a miomectomia. Como pode ser observado, existem várias abordagens, dependendo do tamanho e da localização dos miomas.

Embolização das artérias uterinas

Esse procedimento, realizado por radiologista intervencionista, interrompe o fornecimento de sangue aos miomas, fazendo-os encolher. Na maior parte dos casos, ele reduz o sangramento e o tamanho do tumor e do útero. O tempo de recuperação costuma ser mais curto do que o das cirurgias de remoção dos miomas, se o procedimento for realizado sem intercorrências. As complicações podem incluir dor aguda e febre, que podem tornar necessária uma histerectomia de emergência, além de lesões no útero e outros órgãos e perda da função do ovário devido a um constricto fornecimento de sangue (o que leva à menopausa precoce). Por essas razões, essa pode ser uma abordagem arriscada para mulheres que ainda querem engravidar.

Outros tratamentos

Algumas vezes, recomenda-se o uso de acetato de leuprolida, um agonista de GnRH, para ajudar a diminuir os miomas em mulheres que se aproximam da menopausa ou que planejam fazer cirurgia. No entanto, essa medicação tem vários efeitos negativos, alguns dos quais podem durar por muitos meses depois do uso do remédio. Esses efeitos incluem ondas de calor, ressecamento vaginal, perda de massa óssea e problemas de memória e concentração. Além disso, depois de interrompido o uso do acetato de leuprolida, os miomas podem voltar a crescer.

O tratamento mais recente, um dispositivo intrauterino (DIU) medicado com levonorgestrel, é colocado no útero e pode reduzir o sangramento e, possivelmente, permitir que a cirurgia seja evitada.

Os agonistas de GnRH (classe de medicamentos com ação nas gonadotrofinas e hormonas sexuais) são eficientes para diminuir o sangramento, volume uterino e tamanho do mioma. Porém, os efeitos adversos impedem que sejam utilizados a longo prazo. Essa medicação pode ser uma opção quando houver contraindicação à cirurgia, por exemplo.

Cuidados pessoais

Algumas mulheres tentam prevenir ou reduzir miomas evitando comidas processadas e os hormônios que geralmente são encontrados em carnes, laticínios e ovoprodutos (produtos obtidos a partir do ovo) comercializados, mas não há ne-

nhuma evidência de que isso funcione. Se seus miomas causam hemorragias, veja os tratamentos de cuidados próprios. Exercícios de yoga, por exemplo, podem aliviar a sensação de peso e de pressão; algumas mulheres também consideram útil o uso de medicamentos fitoterápicos para a redução de dor e volume de sangramento. No entanto, ainda não há estudos que avaliem a segurança do uso dessas ervas por um longo período.

PÓLIPOS

Pólipos são um acúmulo focal de revestimento uterino. Às vezes, pólipos benignos podem crescer no revestimento uterino e fazer com que a mulher tenha períodos menstruais mais intensos ou sangramento entre os ciclos. Uma vez diagnosticados – geralmente por ultrassom e, às vezes, por meio de um procedimento que utiliza um fino instrumento fibrótico chamado histeroscópio –, eles costumam ser fáceis de remover. A remoção geralmente é recomendada em função do baixo risco (inferior a três em cada 100 pólipos) de serem pré-cancerígenos e como tratamento de sangramento anormal.

HIPERPLASIA

O endométrio pode se tornar hiperplásico devido ao crescimento anormal de células endometriais. Essa condição pode causar sangramento uterino anormal, especialmente em mulheres que não estão ovulando regularmente ou que estão tomando estrogênio sem progesterona. Embora a hiperplasia endometrial seja benigna, outra condição, chamada hiperplasia endometrial atípica, pode ser uma precursora do câncer (câncer de endométrio). Nessa circunstância, uma histerectomia é, às vezes, recomendada para prevenir o desenvolvimento do câncer de endométrio. A hiperplasia endometrial benigna pode ser tratada com elevadas doses de progesterona, dependendo da idade da mulher e/ou de sua intenção de engravidar, ou então com DIU Mirena, que contém levonorgestrel.

CÂNCER DE ENDOMÉTRIO (CÂNCER DE ÚTERO)

O câncer de endométrio é o câncer pélvico mais comum, afetando 14 em cada 10.000 mulheres por ano. A maioria das mulheres com esse câncer tem mais de 50 anos e já passou pela menopausa; 10% ainda estão menstruando. Se você faz uso de estrogênio sintético sem progesterona ou se tem diabetes, pressão alta ou alteração hormonal que combina elevados níveis de estrogênio com ovulações pouco frequentes, o risco de desenvolver câncer endometrial é maior.

Durante o começo dos anos 1970, houve um acentuado aumento na incidência de câncer de endométrio por causa do estrogênio prescrito para mulheres na menopausa sem adição de progesterona (ou progestina) para reduzir as chances de uma

hiperplasia endometrial. Tomar progesterona pode diminuir o desenvolvimento dessa condição em mulheres que fazem uso de estrogênio.

Sintomas

Sangramento depois da menopausa é o sintoma mais comum do câncer de endométrio. No entanto, a maioria das mulheres que sangram pode não ter câncer. Para as mulheres que ainda menstruam, o aumento do fluxo menstrual e sangramento entre os ciclos podem ser os únicos sintomas. Infelizmente, o exame de Papanicolau, apesar de eficaz para detectar o câncer de colo de útero, não é indicado para detectar o câncer de endométrio. Se você tiver os sintomas acima, sua médica ou médico provavelmente irá recomendar o início do processo de investigação, que pode incluir ultrassonografia, histeroscopia e biópsia. Em alguns casos, quando a histeroscopia não estiver disponível, a biópsia poderá ser realizada por meio de curetagem uterina. Procure saber dos riscos e benefícios dessas alternativas antes de tomar uma decisão.

Prevenção e cuidados pessoais

Uma vez que o câncer de endométrio parece ser influenciado por fatores como obesidade, hipertensão e diabetes, o controle dessas condições com métodos de cuidados próprios pode prevenir o desenvolvimento desse tipo de câncer. A melhor estratégia é fazer exercícios e ter uma dieta saudável, com muitas frutas e legumes.

Tratamentos médicos para câncer de endométrio

Quando o câncer de útero é diagnosticado em seus estágios iniciais, a taxa de sucesso dos tratamentos convencionais é muito alta. O tratamento médico para câncer de endométrio inclui cirurgia, radioterapia e quimioterapia. De acordo com o subtipo do câncer de endométrio e o estágio em que ele se encontra, poderá ser escolhido o melhor tratamento. A radiação como tratamento pós-cirúrgico é possível nos casos em que o tumor era grande, se houver suspeita de que tenha se espalhado para os nódulos linfáticos ou se as alterações celulares indicarem que se trata de um tumor de crescimento rápido.²

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA)

O sangramento menstrual intenso (que pode incluir coágulos sanguíneos) ou o sangramento que ocorre fora do período normal da menstruação é designado como sangramento uterino anormal (SUA). O SUA é um problema ginecológico comum, mas suas causas podem ser difíceis de diagnosticar.

As causas dependem da fase de vida reprodutiva em que se encontra a mulher (pré-menopausa, perimenopausa ou pós-menopausa) e incluem desequilíbrios hormonais, gravidez, uso de hormônios contraceptivos (pílula anticoncepcional ou an-

ticoncepcional injetável, por exemplo), miomas, pólipos endometriais, infecções e, mais esporadicamente, crescimentos pré-cancerígenos ou cancerígenos. Raramente, o sangramento que parece vir da vagina pode, na verdade, vir do trato urinário ou gastrointestinal. No caso de sangramentos graves sem uma explicação óbvia, peça para fazer exames para a doença de von Willebrand (doença que altera nossa coagulação), sobretudo se você tem histórico de problemas com sangramento desde a primeira menstruação, já que essa doença costuma ser hereditária e dificilmente se desenvolve em fase posterior da vida.

Miomas podem causar fluxo menstrual mais intenso e longo, às vezes com cólicas e coágulos. Isso ocorre, mais comumente, quando os miomas estão na camada submucosa (a camada do útero que fica em contato com o endométrio). Nesses casos, o ciclo não costuma ser irregular, mas com fluxo aumentado.³

Além de ser um sinal de um possível problema físico, sangramento intenso e/ou irregular é um incômodo e pode resultar em anemia, devido à grande perda de sangue e ao consumo de todo estoque de ferro, muitas vezes também gerando uma anemia ferropriva (por deficiência de ferro) e, portanto, causar fadiga. A anemia costuma ser negligenciada em pessoas com sangramento uterino aumentado.

Nos extremos da idade reprodutiva (início da menstruação e transição para a menopausa), alterações da regularidade menstrual, sangramentos intensos ou prolongados e ausência de sangramento não configuram uma doença, mas um momento de vida. Ainda assim, pode ser necessário usar alguma medicação se o sangramento for muito intenso, além de ter acompanhamento de uma pessoa da área médica.

Sangramento uterino anormal em pessoas que menstruam

Se você menstrua e nota algum dos padrões a seguir, entre em contato com sua médica ou médico:

- um episódio de sangramento menstrual que dura três ou quatro dias a mais que o habitual;
- mais de um ciclo menstrual em menos de 20 ou 21 dias;
- sangramento após a relação sexual;
- sangramento mensal intenso, especialmente com coágulos (se você utiliza dez absorventes para dar conta do fluxo de sangue em um único dia, você está com sangramento intenso);
- escape ou sangramento entre os períodos menstruais.

Sangramento uterino anormal e perimenopausa

Durante a perimenopausa (a transição para a menopausa), novos e diferentes padrões de sangramento são comuns. As mulheres às vezes ficam alguns meses sem menstruar e depois voltam a ter os períodos menstruais regularmente, ou então

têm aumento do fluxo e do número de dias em alguns ciclos menstruais devido ao aumento transitório de estrogênio nessa fase. Se o fluxo for muito intenso e longo, é recomendado procurar ajuda profissional para afastar outras causas e pesquisar se há anemia.

Sangramento uterino anormal em mulheres na pós-menopausa

Mulheres que fazem terapia hormonal podem ter sangramento. É preciso entender qual é o padrão esperado de acordo com sua prescrição hormonal e contatar a médica ou o médico se tiver sangramento diferente do esperado. Sangramento vaginal em qualquer mulher que está na pós-menopausa (passou um ano inteiro sem nenhum período menstrual) e que não faz uso de hormônios é um sintoma preocupante e deve ser investigado.

Diagnóstico

Para as mulheres na pré-menopausa que não estão menstruando, o padrão do sangramento pode indicar gravidez ou anovulação (não há liberação de óvulos). Um teste de gravidez pode indicar se uma gravidez está causando SUA e exames de sangue podem testar se há anemia. Também é indicado verificar o funcionamento da tireoide e os níveis dos hormônios femininos. Outros sintomas, tais como dor pélvica ou crescimento de pelos, podem apontar outras causas particulares para SUA.

Por meio de um exame pélvico podem ser identificadas anomalias uterinas, como miomas. Mulheres com SUA devem realizar exame de Papanicolau conforme a recomendação de rastreamento normal.

Outra causa de fluxos menstruais intensos e dolorosos é a adenomiose (endometriose na parede do útero), cuja incidência na população não está bem determinada. Ela pode ser diagnosticada somente com uma ressonância magnética de alto custo ou por biópsia, durante uma histerectomia.

A seguir, são descritos alguns testes especiais que podem ser usados para avaliar o SUA.

- **Ultrassom transvaginal:** nesse exame, um transdutor de ultrassom (aparelho de formato cilíndrico) é colocado na vagina para produzir imagens dos órgãos pélvicos. O exame mede o endométrio e pode identificar miomas uterinos e indicar anormalidades. Também visualiza os ovários e a presença de cistos ou nódulos, por exemplo.
- **Biópsia endometrial:** é um procedimento realizado em laboratórios ou consultórios médicos que envolve a retirada de tecido que reveste o interior do útero (endométrio) para testá-lo para células pré-cancerígenas e cancerígenas. Um tubo fino, que é um dispositivo de sucção, é inserido no útero através da vagina e da abertura do colo uterino e retira amostras do tecido uterino para posterior análise.

Esse procedimento pode causar cólicas, e algumas mulheres precisarão de remédio para dor, inclusive anestesia.

- **Histerossonografia, sono-histerografia ou sonografia com solução salina:** trata-se de um tipo especial de ultrassom transvaginal, que pode ser superior a um ultrassom transvaginal convencional e que envolve a inserção de uma solução salina (sal e água) no útero por meio de um tubo fino para melhorar a imagem e a identificação de anormalidades. Em algumas pessoas, a introdução da solução salina pode gerar desconforto pélvico e cólicas, sendo necessário o uso de analgésicos ou anti-inflamatórios.
- **Histeroscopia:** a histeroscopia diagnóstica envolve a colocação de um aparelho fino e flexível no útero para visualizar o conteúdo da cavidade uterina. Ela pode ser realizada em um consultório, laboratório ou em uma unidade de procedimento cirúrgico. Algumas pessoas têm sintomas de cólicas e dor pélvica durante o procedimento. Já a histeroscopia cirúrgica é feita com anestesia em um hospital, com o uso de um aparelho ligeiramente maior, capaz de visualizar a cavidade uterina e remover tecido anormal, tais como miomas e pólipos.

Tratamentos médicos para sangramento uterino anormal

O tratamento para sangramento uterino anormal depende de qual for considerada a sua causa. Fatores importantes para avaliar as opções de tratamento são a idade da mulher e seu planejamento reprodutivo ou não reprodutivo, bem como sua preferência. Os tratamentos variam desde acompanhamento (e tomar ferro, se a mulher estiver anêmica) até a realização de histerectomia (remoção cirúrgica do útero).

Várias medicações podem reduzir ou regular o sangramento anormal e aliviar a dor. Os remédios anti-inflamatórios não esteroidais (tais como ibuprofeno) tomados para dor também podem reduzir o sangramento. A literatura médica não encontrou diferenças nos efeitos entre naproxeno e ácido mefenâmico.⁴

Uma opção tradicional para pessoas que buscam contracepção são as pílulas anticoncepcionais, já que elas tornam o ciclo mais regular e reduzem o sangramento. Para pessoas que não possuem desejo reprodutivo, a indicação de pílulas deve ser individualizada, considerando efeitos adversos comuns, bem como riscos associados a comorbidades (doenças que as pessoas podem ter previamente).⁵

Um dispositivo intrauterino (DIU) com progestágeno, tal como o Mirena (levonorgestrel), pode ser uma opção hormonal sem estrogênio para controlar o sangramento.⁶ Dados da literatura médica demonstraram que o DIU Mirena apresenta benefício superior para controle de sangramento quando comparado a outros medicamentos disponíveis, como anti-inflamatórios, ácido tranexâmico ou contraceptivos orais combinados. O DIU possui efeito semelhante à ablação de endométrio, e não há conclusão quanto a se é superior ou inferior à histerectomia.⁷

Outro medicamento comumente usado para o controle de sangramento menstrual é um agente antifibrinolítico⁸ indicado para pessoas que não desejam usar hormônios ou que apresentam contra-indicação ao seu uso. Esse medicamento é contra-indicado para pessoas que têm alto risco de desenvolver trombos, já que a literatura médica apresenta dados conflitantes sobre aumento de risco para eventos trombóticos associados ao uso da medicação. Contudo, o uso por um período limitado apresenta segurança.⁹

Outros medicamentos, como o Danazol e o Lupron (acetato de leuprorrelina), reduzem o sangramento ainda mais, mas também têm sérios efeitos colaterais negativos. Eles costumam ser usados apenas por um curto período, para adiar ou preparar para uma cirurgia.

A cirurgia ambulatorial não invasiva (ablação do endométrio) pode ser feita com várias técnicas que cauterizam, congelam ou removem a parede do útero para reduzir o sangramento, as quais incluem histeroscopia cirúrgica (na qual a parede do útero é cirurgicamente removida) ou o uso de instrumentos especialmente desenvolvidos. A ablação do endométrio é uma opção, caso sejam excluídas causas mais graves para o sangramento anormal. No entanto, ela pode ser menos eficaz na presença de miomas.

A histerectomia é o único tratamento eficaz conhecido para a adenomiose e pode ser sugerida como opção no caso de pessoas sem desejo reprodutivo, sem controle do sangramento com tratamento medicamentoso e em regiões em que outros procedimentos não estão disponíveis. Sempre converse com sua médica ou médico sobre as particularidades da sua situação e de suas escolhas. Se você se sentir desconfortável com as opções oferecidas, procure uma segunda opinião.

Cuidados pessoais

Algumas abordagens voltadas para o estilo de vida podem ser indicadas, como redução do estresse, atividade física e alimentação saudável. Não há estudos que sejam conclusivos sobre a relação do estresse com o SUA, principalmente porque existe uma grande quantidade de fatores que podem desencadeá-lo. É importante tirar todas as dúvidas com pessoas da área médica sobre práticas alternativas que possam complementar o tratamento.

Também há controvérsia quanto a se os produtos feitos com soja – e quais tipos – são benéficos para controlar o SUA ou se podem ajudar a regular os ciclos menstruais. Suplementos de vitaminas A, E e C com bioflavonoides podem ajudar se sua dieta não incluir quantidade suficiente dessas vitaminas. (Não tome mais de 10.000 UI de suplemento de vitamina A duas vezes ao dia, uma vez que doses mais altas podem ser tóxicas. Por exemplo: uma cenoura contém 8.000 UI, e verduras e vegetais verde-escuros também contém bastante, então você pode obter vitamina A suficiente por meio da alimentação). Se você estiver sangrando consideravelmente,

aumente sua ingestão de ferro, mas é importante checar com profissionais da saúde se a alimentação é suficiente para manter seus estoques de ferro ou se será necessária uma suplementação.

Algumas mulheres consideram que a medicina chinesa, incluindo acupuntura e ervas, ajudam a restaurar o equilíbrio hormonal e a reduzir os sintomas.

CONDIÇÕES BENIGNAS NO COLO DO ÚTERO

Cervicite é um termo geral utilizado para inflamações no colo do útero. O exame de Papanicolau ou uma biópsia do colo do útero podem indicá-la, mas nem sempre se trata de uma doença ou um distúrbio, já que também pode estar relacionada a mudanças do pH vaginal. A cervicite pode acompanhar tanto infecções vaginais e doença inflamatória pélvica quanto infecções sexualmente transmissíveis.

A ectopia cervical (também chamada de ectrópio do colo do útero) ocorre quando o tipo de tecido que reveste o canal cervical na parte externa do colo do útero torna-se avermelhado e adquire uma textura granular e delicada ao toque. A maioria das mulheres não apresenta nenhum sintoma, embora a ectopia possa causar sangramento durante o exame de Papanicolau. A ectopia não precisa ser tratada, exceto quando for acompanhada de infecção.

PÓLIPOS CERVICAIS

Pólipos cervicais são células que “se acumulam” dentro do canal cervical. Eles aparecem como protuberâncias rosa-avermelhadas na abertura cervical, tanto sozinhos como em aglomerados.

Os pólipos são muito comuns, geralmente benignos, e a maioria deles contém muitos vasos sanguíneos com uma parede externa frágil, de modo que sangramentos podem ocorrer depois das relações sexuais ou outra penetração vaginal, durante a lavagem vaginal ou no autoexame. Os pólipos também podem sangrar durante a gravidez, quando as alterações hormonais estimulam o crescimento dos vasos sanguíneos em todo o tecido cervical, vaginal e uterino.

As células dos pólipos serão recolhidas como parte do exame de Papanicolau. Os pólipos cervicais quase nunca são cancerígenos e não precisam necessariamente de tratamento. Quando são pequenos e há pouco ou nenhum sangramento de contato, você e sua médica ou médico geralmente podem apenas mantê-los sob controle com exames regulares.

A remoção de pólipos cervicais costuma ser recomendada como uma medida de prevenção, mas não é necessária. Você pode precisar removê-los se eles crescerem ou sangrarem muito. Trata-se de um procedimento simples realizado no consultório no qual a médica ou médico torce o pólipo e faz uma raspagem ou cauterização da base. Se seu pólipo for muito grande (isso é raro) ou se você tiver vários deles,

talvez tenha que ir ao hospital para removê-lo(s). Às vezes, os pólipos crescem de novo depois da remoção.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E RISCO DE DISPLASIA (PRÉ-CÂNCER)

Os seguintes fatores podem aumentar o risco de uma mulher desenvolver câncer de colo de útero:

- Nunca ter feito ou não ter feito o exame de Papanicolau há mais de cinco anos. Mais da metade dos diagnósticos de câncer de colo de útero todo ano são de mulheres que foram expostas ao HPV e que não fizeram esse exame.
- Histórico de infecções sexualmente transmissíveis, uma vez que o HPV é geralmente transmitido junto com outras IST.
- Tabagismo, que tem sido relacionado ao câncer de colo de útero em grandes estudos populacionais.
- Hormônios sintéticos, tais como os contidos nas pílulas anticoncepcionais, ou exposição ao dietilestilbestrol (DES) no útero materno.
- Exposição a infecções. É preciso apenas uma das pessoas da relação sexual com HPV para ter uma infecção, mas ter mais parceiras e/ou parceiros sexuais aumenta as chances de infecção. Os contraceptivos de barreira (especialmente camisinhas) reduzem os riscos.
- Contato com substâncias que aumentam o risco de câncer (nas indústrias de mineração, têxteis, metalúrgicas e químicas) ou contato sexual com parceira ou parceiro que tenha trabalhado com essas substâncias.
- Sistema imunológico comprometido ou enfraquecido, HIV positivo, uso de medicações imunossupressoras, quimioterapia. Nesses casos exames de Papanicolau anuais podem ser recomendados.
- Estilo de vida e condições de trabalho pouco saudáveis. Mulheres que não têm acesso a um ambiente seguro e limpo são mais propensas a desenvolver displasia e cânceres – e em idades mais precoces – do que outras mulheres.

O câncer de colo de útero é responsável pela morte de meio milhão de mulheres ao redor do mundo todo ano. Em alguns países, é a principal causa de morte por câncer em mulheres. As mortes causadas por câncer de colo de útero estão em queda no mundo e no Brasil, mas a mortalidade ainda se mantém alta em algumas camadas sociais, provavelmente como resultado dos gargalos no acesso aos exames de Papanicolau (que pode diagnosticar o câncer de colo de útero nos estágios iniciais) e ao tratamento precoce e rápido das lesões precursoras de câncer de colo de útero.¹⁰

A maioria dos casos de câncer de colo de útero resulta de infecções do Papilomavírus humano (HPV), que é transmitido por contato sexual. O exame de Papanicolau é um exame de rastreio de alterações celulares pré-cancerígenas ou can-

cerígenas nas células cervicais. Hoje, considera-se que a maioria das anormalidades sexuais que chamamos de displasia é causada pelo HPV, mas apenas alguns tipos de HPV são associados ao câncer de colo de útero. A infecção por HPV é a infecção sexualmente transmissível mais frequente no mundo. Estima-se que o risco de uma pessoa ter contato com o HPV durante a vida chega a 80%. No entanto, menos de 5% podem ter uma manifestação viral e menos de 1% terão uma lesão precursora do câncer do colo do útero.¹⁰

O que se deve buscar, portanto, não é o diagnóstico de HPV, já que não há tratamento eficaz para se eliminar o vírus do organismo, mas a detecção precoce do câncer inicial assintomático e de suas lesões precursoras, que demandam tratamento urgente quando descobertas (prevenindo a progressão para o câncer do colo do útero). Há alguns estudos que referem melhores resultados na associação entre o teste de captura híbrida de HPV e a coleta de Papanicolau, o que ainda não faz parte do protocolo de coleta pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Vacinas contra o HPV

A vacina que protege contra o Papilomavírus humano (HPV) foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014 por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Inicialmente, a vacina era dada a meninas com idade entre 9 e 14 anos e a meninos entre 11 e 14 anos, de forma gratuita em qualquer unidade de saúde, com duas doses ao ano, sendo a segunda seis meses após a primeira. Atualmente, pessoas com útero que vivem com HIV podem receber a vacina até os 45 anos de idade em função do maior risco de desenvolverem lesões no colo do útero. O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente contra HPV, que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 6 e 11) e de alto risco (HPV 16 e 18). Até pouco tempo, não havia evidência científica suficiente que demonstrasse que a vacinação contra HPV da população em geral diminuísse os casos de câncer de colo de útero. Atualmente, porém, já sabemos que há importante benefício da vacinação, reduzindo não somente as lesões intermediárias pré-malignas, como já sabíamos, mas também o câncer de colo de útero.¹¹

Mesmo assim, existem importantes questões sobre os estudos realizados a respeito dos benefícios da vacinação contra HPV. Em 2018, a Cochrane¹² publicou uma revisão sistemática que mostrava que a vacina contra HPV diminui as lesões intermediárias de alto grau (pré-malignas) (NIC 2 e 3).¹³ Em 2020, um estudo publicado por um grupo de pesquisadores declarou que análises importantes foram excluídas dessa revisão sistemática e que, por isso, a revisão da Cochrane era incompleta e enviesada.¹⁴ Esse grupo publicou também outros artigos sobre os malefícios das vacinas contra HPV (como problemas neurológicos) e a importância de se falar abertamente sobre os benefícios e malefícios da intervenção para que as pessoas possam escolher se vacinar ou não.¹⁵

Apesar de tudo isso, em 2020 um estudo sueco com quase 1,7 milhões de mulheres demonstrou forte evidência de que a vacinação contra HPV diminuiu não só as lesões intermediárias como também o câncer de colo de útero propriamente dito (diminuição de 90% comparado às não vacinadas).

Hoje já temos mais tempo de vacina para falar a favor de seus benefícios e segurança. O importante aqui é apontar os gargalos de pesquisa e também os fatores socioeconômicos que implicam incidência de câncer e mortalidade.

Disparidades de acesso

A maioria das mulheres que morre de câncer de colo de útero nunca fez exame de Papanicolau regularmente, teve resultado falso-negativo ou não recebeu acompanhamento adequado.

No Brasil, disparidades socioeconômicas, regionais e raciais são evidentes nas estatísticas de câncer de colo de útero.¹⁶ As disparidades devem-se, ao menos em parte, ao fato de que mulheres negras e periféricas têm menos acesso ao exame de Papanicolau. É muito possível que as mulheres com as mais altas taxas de câncer de colo de útero também tenham menos acesso não apenas ao exame de Papanicolau, mas também à vacina contra o HPV. Até que nosso sistema de saúde resolva tais disparidades de acesso, especialmente de acesso à coleta de Papanicolau nos postos de saúde, manteremos um alto índice de mortalidade por câncer de colo de útero.

O exame de Papanicolau

As vacinas contra o HPV não protegem contra todos os tipos de HPV associados ao câncer de colo de útero. Além disso, estudos demonstram que a vacinação reduz a incidência, mas não elimina totalmente a chance de desenvolver lesões no colo do útero ou câncer. Portanto, a realização do exame de Papanicolau (colpocitologia oncológica) entre as mulheres e pessoas com útero sexualmente ativos continua sendo uma medida essencial para a prevenção contra o câncer de colo de útero. Recomenda-se que uma pessoa assintomática e com dois exames Papanicolau normais faça o exame a cada três anos.¹⁷ Se o resultado do exame vier alterado, talvez um exame complementar seja necessário.

Cerca de 40% de todas as mulheres testadas terão um resultado anormal do exame de Papanicolau em algum momento de sua vida. Geralmente, nos sentimos ansiosas quando descobrimos que nossos resultados foram anormais, porque tememos ter câncer, mas não há necessidade de pânico. A maioria das alterações de células cervicais é de baixo grau e uma lesão pré-maligna nem sempre vira câncer de colo de útero. Além disso, sua evolução costuma ser muito lenta. Displasia não é câncer e, em cerca de 80% dos casos, ela não evolui para esse quadro. As células da maioria das mulheres diagnosticadas com displasia leve (lesão intraepitelial de baixo grau)

voltarão ao normal. Entretanto, todos os casos diagnosticados de displasia devem ser acompanhados de perto para garantir que não haverá uma evolução para malignidade. Se células anormais são encontradas, muitas mulheres repetem o exame depois de seis meses para ver se as anormalidades ainda estão presentes. A displasia deve ser tratada se for de alto grau (confirmado por biópsia) ou se progredir.

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Figura 1 – Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2016.¹⁸

Profissionais da saúde às vezes recomendam uma colposcopia depois de um exame de Papanicolau com lesão de alto grau (NIC 2 e 3) ou depois de dois Papanicolau consecutivos com alteração de baixo grau (NIC 1). Trata-se de um procedimento realizado em consultório, durante o qual o colo do útero é limpo com uma solução de ácido acético (vinagre diluído) e iodo para fazer com que as áreas anormais se destaquem. Biópsias das áreas mais anormais (se houver) são realizadas sob um microscópio por patologista para melhor definir a extensão e gravidade das anormalidades. É o resultado dessas biópsias, denominado anátomo-patológico, que faz o diagnóstico de displasia do colo do útero. Nesse sentido, é importante ressaltar que o exame de colposcopia é uma exame complementar ao Papanicolau, ou seja, não é

um “exame de rotina”, deve ser feito se forem analisadas alterações no exame físico ou no resultado de colpocitologia oncótica do colo uterino (Papanicolau).

Tratamentos para displasia cervical

Os tratamentos para displasia cervical variam muito. Diferentes profissionais podem ter seus próprios tratamentos de preferência para cada diagnóstico, dificultando, às vezes, que a paciente tenha o tratamento adequado para sua condição, ou levando-a a fazer testes, tratamentos ou cirurgias sem necessidade. É por isso que uma segunda ou terceira opinião pode ser importante.

Procedimentos como colposcopia, biópsia e conização devem ser feitos apenas por uma profissional que tenha formação especial, habilidades e experiência na área. Devem ser indicados se houver alterações no Papanicolau.

Anormalidades mínimas muitas vezes não requerem tratamento. Anormalidades leves (de baixo grau) são geralmente tratadas com acompanhamento, enquanto anormalidades médias ou graves (de alto grau) requerem tratamento ou avaliação adicional. Os tratamentos incluem:

- O **laser**, que utiliza um feixe de luz de alta intensidade para evaporar o tecido anormal e costuma ser realizado em um centro de procedimentos ambulatoriais ou, ocasionalmente, em um ambulatório hospitalar. Muitas vezes, é dada uma anestesia local no colo do útero.
- A **cirurgia de alta frequência** (CAF) ou LEEP (sigla em inglês para *Loop Electrosurgical Excision Procedure*), que utiliza uma alça carregada com uma pequena corrente elétrica. Geralmente, é realizada em um consultório ou centro de procedimentos ambulatoriais e pode ser feita com anestesia local ou sedação. Usa-se a CAF para remover o tecido anormal.
- A **biópsia em cone**, que remove uma porção do colo do útero em formato de cone e pode ser feita em um ambulatório hospitalar, com anestesia geral. Podem ser usados bisturi, laser ou corrente elétrica, tal como na CAF, para remover o tecido.

A histerectomia não é adequada para a displasia cervical, mas é recomendada como tratamento adequado para câncer invasivo. Trata-se de uma cirurgia grande, com sérios riscos e outras consequências para a saúde. Não é comum haver efeitos negativos a longo prazo do laser ou da CAF no colo do útero. Algumas pacientes podem adquirir a chamada incompetência istmocervical, uma falha no sistema oclusivo do útero que pode levar a abortos tardios e partos prematuros.

CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

No Brasil, o câncer de colo de útero ainda possui altos índices de incidência (terceira causa de câncer primário) e mortalidade (quarta causa entre mulheres).¹⁹

Há uma queda desde a década de 1940, mas não é tão expressiva no país, apesar dos esforços de rastreamento com o Papanicolau, por conta da pobreza e falta de acesso de populações mais vulneráveis a serviços de saúde. A região Sudeste apresenta queda expressiva desde 1980, enquanto a região Norte apresenta aumento significativo desde os anos 2000. Esse contraste nos mostra que a incidência e mortalidade desse câncer não estão associadas apenas à infecção pelo HPV, mas à pobreza. Em seus estágios iniciais, o câncer de colo de útero é quase sempre curável, dependendo do diagnóstico precoce, da gravidade de suas lesões e do tratamento utilizado.

Se células severamente anormais se espalharem para além da camada do tecido superior (epitélio superficial) do seu colo do útero, atingindo tecidos conjuntivos subjacentes, você tem um câncer de colo de útero invasivo. Um exame de Papanicolau seguido de biópsia pode determinar se isso aconteceu.

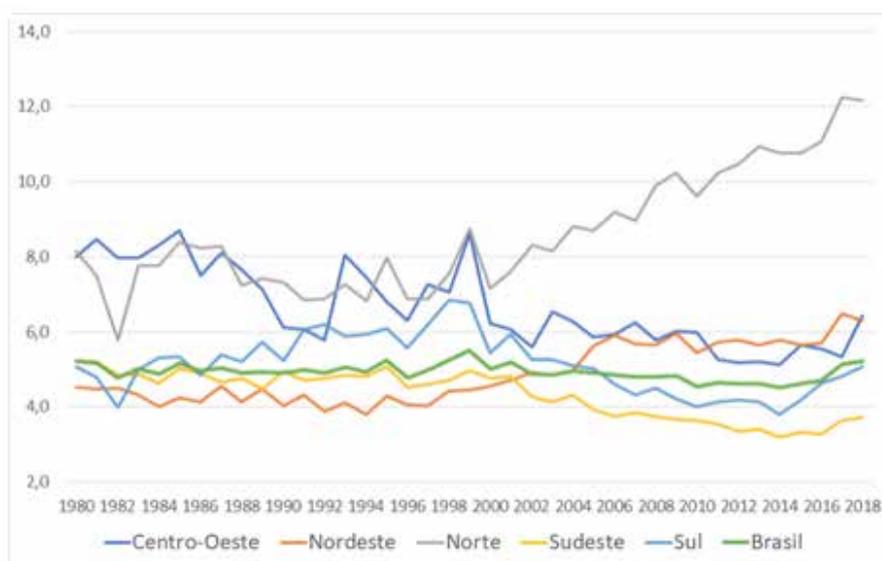


Figura 2 – Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. Brasil e regiões, 1980 a 2019.²⁰
Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2021.

Tratamentos médicos para o câncer do colo de útero

Para o câncer de colo de útero invasivo, a maioria das pessoas profissionais da área da saúde recomenda a retirada cirúrgica do útero com a remoção dos nódulos linfáticos da pelve. Se o câncer se espalhou, costuma-se indicar radioterapia e remoção dos ovários (a quimioterapia não é tão eficaz como a radioterapia). Recentemente, tem havido esforços para encontrar cirurgias poupadoras de fertilidade para o câncer do colo de útero.

É importante conhecermos as melhores evidências científicas e recebermos explicações de todas as pessoas da área médica envolvidas em nosso tratamento para que as decisões possam ser compartilhadas e informadas.

OS OVÁRIOS

CISTOS NOS OVÁRIOS

Cistos nos ovários são relativamente comuns e podem resultar da ovulação normal. Eles se desenvolvem quando um folículo (o envoltório cheio de fluido que nutre um óvulo em desenvolvimento) cresceu, mas não conseguiu romper e liberar o óvulo. Muitas vezes, os cistos não provocam nenhum sintoma ou desconforto, mas você pode sentir uma dor pélvica não familiar ou desconforto em um dos lados da parte inferior do abdômen. Dor durante a relação sexual e alteração do ciclo menstrual não costumam se relacionar com a presença de cistos ovarianos.

Na ausência de sintomas, os cistos são algumas vezes encontrados em um exame pélvico bimanual de rotina e depois diagnosticados com ultrassom. Muitas vezes, eles desaparecem sozinhos, embora alguns tipos precisem ser removidos cirurgicamente.

Para determinar se um cisto precisa de tratamento, é necessário esperar alguns ciclos menstruais e observar sua evolução. Se ele persistir, será necessário monitorá-lo por ultrassom. Profissionais da saúde discordam da necessidade de remover cistos de características benignas, especialmente porque os pequenos geralmente não causam problemas e podem responder espontaneamente, enquanto a retirada envolve um procedimento cirúrgico.

A literatura médica tem buscado classificar as alterações ovarianas pelo sistema O-RADS. Dentro dessa classificação, os cistos simples estão na categoria O-RADS 2, sendo quase certamente benignos.²¹

É comum na prática médica a orientação de uso de contraceptivos orais combinados para o tratamento dos cistos. No entanto, alguns estudos já demonstraram que os anticoncepcionais não são úteis para a redução do volume dos cistos, devendo ser mantida a conduta de observação ativa, por meio do monitoramento de sintomas e da realização de ultrassom, no caso de cistos com mais de 5 cm.²²

Um cisto grande, com mais de 10 cm, representa um risco à saúde porque pode se romper, causando dor abdominal intensa e, às vezes, sangramento. Um cisto grande também pode se torcer e danificar o fornecimento de sangue para o ovário. Essas duas situações incomuns requerem cirurgia imediata. Cistos patológicos, tais como um cisto dermoide ou cisto de endometriose, em geral devem ser removidos. A impossibilidade de diferenciar características benignas ou malignas no cisto também costuma indicar cirurgia.

A remoção do ovário, apesar de ter sido uma prática comum no passado, não é necessária em muitos casos de cistos benignos, uma vez que os ovários desempenham muitas funções, mesmo depois da menopausa.

CÂNCER DE OVÁRIO

O câncer de ovário é a segunda neoplasia ginecológica mais comum, atrás apenas do câncer do colo do útero. O câncer de ovário ocupa o quinto lugar em mortes por câncer entre as mulheres. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que em cada ano do triênio 2020/2022 sejam diagnosticados no Brasil 6.650 novos casos de câncer de ovário, risco aumentado de 6,18 casos a cada 100 mil. A maioria dos casos de câncer de ovário ocorre na meia idade e em mulheres mais velhas; mais da metade de todas as mulheres diagnosticadas com câncer de ovário tem mais de 60 anos.

As causas exatas do câncer de ovário ainda são desconhecidas. Possíveis fatores de risco incluem histórico de câncer de ovário na família; poucas ou nenhuma gravidez; uso de remédios que estimulam a fertilidade; histórico de câncer de mama, de endométrio ou colorretal; exposição a produtos industriais, incluindo amianto, ou a altos níveis de radiação; dieta rica em gordura; e uso de estrogênio e não de outros métodos contraceptivos. O risco de desenvolver câncer de ovário também é maior para mulheres que fazem terapia hormonal na menopausa (do que para mulheres que nunca fizeram reposição hormonal), mas o aumento dos riscos varia de acordo com o tipo de hormônio e a dieta, assim como com o fato de a mulher ter feito histerectomia ou não.

O uso de contraceptivos, assim como a gestação a termo, a amamentação, a retirada do útero, uma dieta pobre em gorduras e a laqueadura estão associados à diminuição da incidência do câncer de ovário.

Uma das razões pelas quais as taxas de mortalidade por câncer de ovário são tão altas se deve ao fato de que a maioria dos casos é descoberta em estágios mais avançados, quando é mais difícil tratá-los de modo eficaz. Quando descoberto cedo, cerca de 90% das mulheres tratadas sobrevivem por ao menos cinco anos.

Diagnóstico

O câncer de ovário nem sempre tem sintomas claros. Seus sinais de alerta – que são vagos e frequentemente confundidos com estresse ou “nervos” – incluem indigestão, gases, distúrbios intestinais, perda de apetite e de peso, sensação de saciedade, aumento ou inchaço do abdômen, desconforto ou dor na região inferior do abdômen, ganho de peso inexplicável, urina frequente, fadiga, dor nas costas, náusea, vômito, sangramento vaginal não menstrual ou dor durante a relação sexual. A maioria dessas queixas são consideradas muitas vezes comuns para mulheres de meia idade.

Se os sintomas persistirem ou se você tiver histórico de câncer de ovário na família, sua médica ou médico deverá fazer uma avaliação completa. Em alguns casos, você poderá precisar consultar especialistas da área de oncologia ginecológica, com especialidade em diagnósticos e tratamento para câncer. Os testes de rastreio de câncer de ovário disponíveis hoje não são muito precisos, de modo que ainda não há um bom método de exames de rotina para mulheres sem sintomas e sem fatores de risco. Um exame de sangue para CA-125 não é suficiente para diagnosticar câncer de ovário, uma vez que muitas outras condições podem elevar o nível de CA-125 na corrente sanguínea; portanto, ele precisa ser usado em combinação com outros exames.

Exames diagnósticos para câncer de ovário incluem ultrassom pélvico, tomografia computadorizada (TC), imagem por ressonância magnética e cirurgia, que é a única ferramenta de diagnóstico conclusivo. A cirurgia exploratória (laparotomia) é utilizada para diagnosticar, identificar o estágio e, frequentemente, reduzir o tumor.

Cerca de 5% a 7 % dos casos de câncer de ovário são associados a um fator de risco hereditário, e a remoção dos ovários (ooforectomia ou ovariectomia) tem se mostrado um método eficaz de evitar câncer de mama em mulheres que carregam a mutação genética BRCA1 ou BRCA2. Discuta todos os benefícios e danos de uma ovariectomia profilática com a equipe médica.

Tratamentos médicos para o câncer de ovário

A identificação precoce, o diagnóstico imediato e a determinação precisa do estágio são necessários para o sucesso do tratamento do câncer de ovário. O tratamento depende do estágio da doença no momento do diagnóstico, do tipo de células que formam o tumor e da velocidade com que o câncer está crescendo. As opções médicas que são padrão hoje para o tratamento do câncer de ovário incluem cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia. Imunoterapias, incluindo interferon, interleucina, transplante de medula óssea ou células tronco e anticorpos monoclonais, também estão disponíveis em clínicas e/ou centros diagnósticos. Novas terapias para câncer muitas vezes são disponibilizadas às pacientes durante as triagens clínicas. Informações sobre alguns desses tratamentos em investigação estão registradas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA – inca.gov.br).

Muitas mulheres também tentam tratamentos complementares ou alternativos, sozinhas ou em conjunto com tratamentos convencionais. É preciso ainda realizar mais pesquisas para melhor entender as causas do câncer de ovário e para descobrir exames diagnósticos e tratamentos mais eficazes.

PROBLEMAS SELECIONADOS DO TRATO GENITAL

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Reclamei do mesmo problema – dor na região inferior do abdômen – por alguns anos. Tive sangramento menstrual intenso, febre, sangramento entre os períodos menstruais, depois da relação sexual, dores e mal-estar geral. Várias vezes fui tratada com antibióticos, que trouxeram apenas alívio temporário. O problema nunca foi resolvido, nem o que estava causando o problema. Nunca me perguntaram sobre parceiros ou práticas sexuais.

Doença inflamatória pélvica (DIP) é um termo geral para uma infecção poli-microbiana (causada por diferentes microorganismos) que ocorre após a entrada de agentes infecciosos pela vagina, atingindo o útero, as trompas e/ou os ovários. É causada, principalmente, por infecções sexualmente transmissíveis (IST), sendo a mais comum a clamídia, que acomete 10% das mulheres brasileiras de 15 a 25 anos. Sua transmissão se dá pelo contato com o agente infeccioso numa relação sexual desprotegida ou após manipulação local (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros).

A DIP constitui uma das mais importantes complicações das IST e é um sério problema de saúde pública, estando associada a sequelas importantes em longo prazo, como infertilidade por fator tubário, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

Sintomas

O principal sintoma da DIP é dor na região inferior do abdômen (pelve). Você pode sentir aperto, dor ou pressão, e também é possível ter um ou mais destes outros sintomas: corrimento da vagina ou da uretra, dor ou sangramento durante ou depois da relação sexual, sangramento irregular ou escape intermenstrual, aumento de cólicas menstruais, queimação ao urinar ou necessidade de urinar frequentemente (sintomas que se confundem com infecção urinária), febre alta repentina ou febre baixa que vem e vai, calafrios, gânglios inchados, falta de apetite, náusea, vômito, dor na região dos rins ou do fígado, dor na lombar ou nas pernas e sensação de fraqueza.

Os sintomas que têm alta suspeição para DIP são: dor pélvica de início abrupto e dor para ter relação sexual, quando houver penetração – especialmente quando o pênis bate no fundo da vagina. O diagnóstico é feito após anamnese detalhada e realização de exame físico geral e pélvico detalhado. Nos casos leves, raramente utilizam-se exames complementares e, quando necessários, são solicitados exames laboratoriais e de imagem para diagnóstico etiológico e avaliação da gravidade, em especial quando há suspeita de DIP moderada ou grave.

Causas

A maioria dos casos de DIP (85%) é causada por agentes patogênicos sexualmente transmitidos ou associados à vaginose bacteriana. Classicamente, os mais conhecidos são a *Chlamydia trachomatis* (organismo mais comumente associado à DIP no Brasil) e a *Neisseria gonorrhoeae*. Vale ressaltar que a infecção por *Chlamydia* é assintomática na maioria das pessoas e, quando presente, seu corrimento pode ser transparente, sendo, muitas vezes, de difícil diagnóstico. Os outros 15% dos casos não são transmitidos sexualmente, mas associados a germes entéricos, patógenos respiratórios ou *Mycoplasma* e *Ureaplasma*, que colonizam o trato genital inferior.

Eles podem entrar no corpo durante o contato sexual com um homem ou mulher infectada. Se você tem DIP crônica ou se sua infecção aguda melhorou e logo você voltou a ter os sintomas, é necessário considerar reinfeção, especialmente se o parceiro ou a parceira não realizou tratamento. É importante ressaltar que as parceiras sexuais de mulheres que receberam o diagnóstico podem estar infectadas com organismos que causam DIP sem apresentar os sintomas, por isso devem ser tratadas também. No geral, não é necessária a realização de exames para pesquisar quais são os micro-organismos que causam a infecção. A DIP é uma síndrome, portanto, a recomendação é tratá-la como uma infecção por múltiplos micro-organismos, salvo nos casos de falha terapêutica.

As complicações da DIP podem ser muito sérias. Se não for tratada, a infecção pode se espalhar para dentro do abdome, causando uma inflamação generalizada, sequelas como infertilidade por aderências nas tubas uterinas, problemas intestinais e dor pélvica crônica, além de aumentar as chances de uma gravidez ectópica.

Prevenções contra a DIP

Uma vez que a DIP é causada na maioria das vezes por organismos sexualmente transmissíveis, é preciso haver a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Você pode reduzir o risco de ser infectada usando camisinha e seguindo práticas de sexo seguro.

Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado em anamnese, assim como em exame físico geral e pélvico completo e detalhado. Isso já é o suficiente para definir e tratar a maioria dos casos com uma combinação de medicações (antibióticos) que atuam sobre os principais organismos causadores da infecção.

Devido à diversidade de agentes etiológicos implicados na DIP, a melhor conduta é a associação de antibióticos. Se fosse possível saber de imediato o organismo exato que está causando sua DIP, você poderia até tomar antibióticos mais específicos. Mas, para identificar os organismos, geralmente é preciso fazer testes que podem ser caros

e podem não ficar prontos rapidamente. Além disso, é comum que os organismos que estão infectando o útero e as trompas de falópio não apareçam em uma cultura de material coletado do colo do útero.

Exames de sangue podem ajudar a identificar se você tem uma infecção, mas nem sempre indicarão de qual se trata. Às vezes, uma biópsia endometrial pode identificar organismos difíceis de coletar, mas, se não for feito com cuidado, esse procedimento pode espalhar os germes do colo do útero e da vagina para o útero. Em alguns casos, o ultrassom, incluindo o ultrassom transvaginal, pode ser útil. Um diagnóstico definitivo depende poucas vezes de condutas mais invasivas, como de uma cirurgia laparoscópica.

Tratamentos médicos para a DIP

Tanto você quanto sua parceira ou parceiro devem ser tratados, já que, se ela ou ele continuar infectado, você poderá se reinfectar. As parcerias sexuais dos dois meses anteriores ao diagnóstico, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* com dois tipos de antibióticos em dose única.

Já o tratamento da pessoa com DIP, quando classificada como caso leve, dura 14 dias e é realizado em domicílio. Caso o quadro apresente gravidade, o tratamento hospitalar será necessário. Os critérios de gravidade incluem abscesso, gravidez, ausência de melhora clínica após 72 horas de tratamento domiciliar e queda de estado físico geral, com febre, náuseas ou vômitos.

O Ministério da Saúde recomenda o uso de três tipos de antibióticos, já que mais de um organismo poderá estar causando a doença.²³ Lembre-se de tomar todos os seus antibióticos, mesmo que seus sintomas tenham desaparecido, para que os microorganismos mais resistentes a eles não tenham chances de se desenvolver.

A melhora clínica das pacientes com DIP deverá acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento e a cura é baseada no desaparecimento dos sinais e sintomas. Se você usou os antibióticos por 14 dias e os sintomas se mantêm, pode ser que ainda não esteja curada. Isso pode acontecer porque você tomou o antibiótico errado, tem um abscesso pélvico ou foi reinfectada. Nesses casos, é importante que a médica ou o médico que lhe prescreveu o tratamento faça uma reavaliação do quadro.

Evite relações sexuais até que você se sinta completamente bem durante todo um ciclo mensal e a pessoa com quem você está se relacionando sexualmente receba resultado negativo para todos os testes de IST.

Cuidados pessoais

Há algumas coisas que você pode fazer para ajudar a aliviar o desconforto enquanto espera os antibióticos começarem a funcionar. Banhos quentes e uma bolsa

de água quente colocada sobre a região inferior do abdômen ajudam a aliviar a dor. Alguns analgésicos também podem ser prescritos pela equipe médica que estiver acompanhando seu caso.

ENDOMETRIOSE

Endometriose é uma doença inflamatória, hormonal, genética e do sistema imunológico, associada também a fatores ambientais (disruptores endócrinos), na qual o tecido que recobre o interior do útero (endométrio) cresce para fora do útero. Ela afeta meninas e mulheres desde antes da primeira menstruação até a pós-menopausa e pode causar dor, infertilidade e outros problemas. Estima-se que uma em cada dez mulheres terão endometriose.²⁴ O grande problema dessa doença, além da gravidade que pode alcançar, é que seu diagnóstico costuma ser tardio. Uma pessoa pode levar até dez anos para receber o diagnóstico, o que pode parecer um contrassenso diante de tamanha medicalização que sofrem as pessoas com útero. No entanto, parece haver uma normalização de certos sintomas, como a cólica, enquanto outros são inespecíficos, além de haver também uma falta de conscientização sobre a doença.

Sintomas

Os sintomas mais comuns de endometriose são:

- dores antes e durante o período menstrual e na ovulação, as quais em geral pioram com o decorrer do tempo;
- sangramento menstrual intenso com presença de coágulos;
- dor durante e depois da relação sexual, podendo haver uma sensação permanente de latejamento após a relação com penetração;
- fadiga;
- dor lombar e alterações intestinais, como dor para evacuar durante o período menstrual;
- constipação e diarreia;
- dor para urinar;
- infertilidade.

Muitas pessoas com endometriose também sofrem distúrbios imunológicos, incluindo alergias, asma, eczema e algumas doenças autoimunes. Outros sintomas podem incluir sangramento menstrual irregular, dor relacionada ao hábito urinário, infecções fúngicas (gastrointestinal ou vaginal) e inchaço abdominal. A infertilidade afeta de 30% a 40% das mulheres com endometriose, e cerca de um terço das mulheres inférteis têm endometriose.

Mulheres e meninas com endometriose parecem ter maior risco de desenvolver doenças autoimunes, tais como fibromialgia, hipotireoidismo, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide e síndrome de Sjögren.

No entanto, a endometriose pode ser absolutamente assintomática, sendo diagnosticada acidentalmente em exames de rotina, como por meio de um ultrassom transvaginal, em que é possível identificar um endometrioma (tecido endometrial nos ovários), ou quando se faz uma cirurgia pélvica e os focos de endometriose são observados no interior da pelve.

Assim como o revestimento uterino, o crescimento endometrial tende a responder aos hormônios do ciclo menstrual, acumulando tecido e depois rompendo-o. O resultado é sangramento interno, inflamação na região e formação de tecido cicatricial e aderências entre os órgãos e ligamentos da pelve.

Complicações da endometriose podem incluir formação e até ruptura de cistos (que podem espalhar a endometriose para outras áreas), sangramento intestinal ou obstrução intestinal e interferência no funcionamento da bexiga. Os sintomas podem piorar com o tempo, embora às vezes haja padrões de remissão e recorrência, ou seja, períodos de melhora e piora.

A extensão e tamanho do crescimento endometrial pode não ter nenhuma relação com a intensidade da dor. Pequenos focos de endometriose na pelve podem causar muita sintomatologia, enquanto lesões mais graves e difusas podem não causar nenhum sintoma. Mesmo pequenos crescimentos podem produzir substâncias chamadas prostaglandinas, que estão envolvidas no mecanismo da dor (assim como nas cólicas menstruais).

A endometriose pode se apresentar de três formas: endometriomas ovarianos, superficial ou profunda/infiltrativa. Alguns estudos encontraram uma alta prevalência de endometriose associada à adenomiose (presença de tecido endometrial dentro da parede uterina).²⁵

O crescimento endometrial (que também pode ser descrito como nódulo, tumor, lesão ou implante) ocorre, em geral, dentro do abdômen – nos ovários, nas tubas uterina, nos ligamentos que sustentam o útero, na região entre a vagina e o reto (intestino), na superfície externa do útero e na parede da cavidade pélvica. Os implantes (ou lesões) também podem ser encontrados em cicatrizes de cirurgias abdominais internas (como a cesárea) ou na bexiga, intestinos, vagina, colo do útero e vulva. Raramente eles se desenvolvem no pulmão, braço, coxa ou em outros lugares do corpo.

“Não seja criança, querida; todas as meninas têm cólicas. Tome duas aspirinas e volte para a sala”, disse a enfermeira do colégio quando eu estava me contorcendo em lágrimas. Eu não sou criança. Eu não sou hipocondríaca... Levei seis anos para descobrir. Olhando para trás, queria ter sido uma paciente mais agressiva. Nunca deveria ter me permitido acreditar que essas ocorrências estavam na minha cabeça... Não escute as pessoas que dizem para você ir embora. Seja persistente. Escute seu corpo.

Endometriose é um fator importante na queda da qualidade de vida de muitas meninas e mulheres. Ela pode ser crônica e sua gravidade é muitas vezes subestimada. Algumas associações pelo mundo fazem um bom trabalho em difundir informações de alto impacto científico para as pessoas que têm endometriose. Um exemplo é a Associação de Endometriose (*Endometriosis Association* – endometriosisassn.org), uma organização internacional de autoajuda fundada em 1980 que realiza pesquisas em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos e a Universidade de Medicina de Vanderbilt, no Tennessee. Das quatro mil mulheres diagnosticadas com endometriose que participaram da coleta de dados realizada pela Associação, 79% disseram ser incapazes de seguir uma rotina de trabalho normal e realizar atividades em alguns momentos e 69% afirmaram ter ouvido de ginecologista que não havia nada de errado. No Brasil, infelizmente, ainda não temos grupos que fazem difusão de informação científica de qualidade. Apesar de existirem diversos grupos de discussão no Facebook ou Instagram, é muito comum que eles se baseiem em discussões não científicas, mas podem oferecer apoio e trocas entre pessoas vivendo o mesmo problema.

Desde a minha primeira menstruação, aos 13 anos, sofria demais com cólicas, o que me fazia precisar faltar na escola e ir ao pronto-socorro tomar medicação na veia. A médica dizia que era normal ter muito fluxo e cólicas no início. Passei minha adolescência e início da vida adulta achando que era normal sentir dor debilitante durante a menstruação. Quando me mudei de cidade para fazer faculdade, tive uma dor tão intensa que precisei ser levada ao hospital de ambulância. Tive uma hemorragia severa e os médicos não acreditavam que não se tratava de um aborto. Foi traumatizante. Só após o resultado negativo do teste de gravidez é que fui melhor atendida. Dez anos depois da minha primeira menstruação, me falaram sobre ENDOMETRIOSE e pude começar meu tratamento.

Relação entre o meio ambiente e a endometriose

Pesquisadoras têm procurado explorar se há relação causal entre a endometriose e disruptores endócrinos presentes em pesticidas, produtos de limpeza, produtos de higiene e plásticos. A hipótese é de que essas substâncias se ligam a receptores hormonais, como os de estrogênio, e estimulam reações do sistema imunológico. As pesquisas nessa área ainda não apresentam conclusões sobre essa relação, demandando que novos estudos sejam realizados.²⁶

Diagnóstico

O diagnóstico precoce exige alta suspeição sobre a doença e uma boa anamnese. Diante da suspeita, ultrassom transvaginal com preparo intestinal e ressonância magnética com preparo intestinal são dois exames úteis para confirmar a doença.²⁷ O

problema é que são exames “operadores dependentes”, ou seja, que exigem grande treinamento de profissionais para sua realização, e não estão disponíveis no SUS. O diagnóstico a partir de videolaparoscopia não é mais recomendado, devendo-se evitá-lo ao máximo e manter a abordagem cirúrgica como uma exceção, pois a própria abertura da cavidade pode ser fator de piora para a doença.²⁸ É importante entendermos que em 70 % das situações a endometriose vai regredir ou estacionar, mas em 30% dos casos ela pode progredir, e não temos como saber diante de qual situação estamos. Por isso, é muito importante haver o acompanhamento dos sintomas com exames periódicos.

Tratamentos médicos para a endometriose

A maior dúvida das pessoas é se o diagnóstico de endometriose exige tratamento hormonal. A resposta é não. O tratamento hormonal com supressão da menstruação visa a controlar o sintoma de dor. Assim, se você não conseguir melhora da dor com mudanças de estilo de vida, terapias complementares e analgésicos, essa opção pode ser interessante. É possível obtê-la com o uso de pílula anticoncepcional combinada contínua, desogestrel, DIU Mirena ou dienogeste. Há situações mais difíceis em que pode ser necessário suprimir o eixo hormonal com o uso de análogos de GnRH. Nesse caso, mimetiza-se uma situação de menopausa e, por isso, os efeitos colaterais são mais graves e sistêmicos.

Ainda não conhecemos ao certo o tratamento para a endometriose, mas especula-se que mudança de estilo de vida relacionada à alimentação, atividade física, controle de estresse, acupuntura, manutenção de boa flora intestinal (que está relacionada a fenômenos de epigenética) possa contribuir para o controle da doença.

A cirurgia varia da mais conservadora (remover os crescimentos) à mais radical (histerectomia e remoção dos ovários). A cirurgia radical é considerada a cura definitiva para a endometriose, mas a doença pode persistir ou reaparecer mesmo quando os ovários são removidos com o útero. A cirurgia ginecológica minimamente invasiva feita por laparoscopia tem substituído grande parte das grandes cirurgias abdominais. Como em qualquer cirurgia, a habilidade e experiência da médica ou médico responsável pela cirurgia é de importância primordial.

Como obter apoio

Entrar em contato com outras mulheres que também têm endometriose pode reduzir a sensação de isolamento e proporcionar oportunidades para troca de informação, assim como para compartilhamento de experiências com outras mulheres que entendem o que você está passando.

No Brasil, o mês de março foi escolhido como o mês da conscientização sobre endometriose e acontecem marchas e encontros por todo o país.

HISTERECTOMIA E OOFORECTOMIA

HISTERECTOMIA

No Brasil, a taxa de histerectomia (remoção do útero) para cada 100 mil mulheres com 20 anos ou mais vem oscilando, mas em uma tendência crescente. Hoje, cerca de 90% das histerectomias são feitas por opção e não como um procedimento emergencial ou para salvar vidas. Vários estudos concluíram que entre 10% e 90% dessas operações não eram realmente necessárias, mas muitas médicas e médicos continuam a recomendá-la. Essa cirurgia com certeza salvou vidas e restaurou a saúde de muitas mulheres, mas operações desnecessárias expuseram mulheres a riscos. Atualmente, há um maior entendimento de que o útero e os ovários têm importância na meia idade e para além dela, de modo que a visão de que eles são “dispensáveis” durante a terceira idade tornou-se obsoleta.

Tanto a histerectomia quanto a ooforectomia (remoção dos ovários) são cirurgias grandes e que podem ter efeitos a longo prazo na sua saúde, sexualidade e expectativa de vida. Como há cirurgiãs e cirurgiões que recomendam a histerectomia com frequência, as mulheres precisam entender quando a cirurgia realmente é necessária.

Felizmente, técnicas diagnósticas e terapêuticas como a ultrassonografia, o exame de Papanicolau, a histeroscopia, a ablação endometrial e a laparoscopia tornaram possível evitar ou atrasar muitas histerectomias que teriam sido feitas no passado. É importante considerar e utilizar essas técnicas antes de recorrer a cirurgias maiores.

Os dados mais recentes sugerem que as mulheres negras têm uma taxa de histerectomia um pouco mais elevada do que as mulheres brancas, possivelmente porque mulheres negras são mais propensas a ter miomas. No passado, a histerectomia foi realizada exclusivamente com o propósito de esterilização entre muitas mulheres pobres e negras nos Estados Unidos, e essa história afeta a taxa global de histerectomia entre negras. O problema do abuso da esterilização liderou as diretrizes americanas de esterilização em 1979, mas a prática de histerectomias sem indicação médica continuou por muitos anos. É provável que as taxas de histerectomia desnecessárias tenham diminuído apenas recentemente.

Sempre que você tiver dúvidas sobre a necessidade de uma histerectomia e/ou ooforectomia, procure uma ou mais opiniões sobre possíveis abordagens alternativas (como miomectomia, que remove miomas sem remover o útero).

Quando a histerectomia é necessária?

A histerectomia pode ser recomendada para várias condições de risco de vida, entre as quais:

- câncer de útero, do colo do útero, de vagina, de trompas de falópio e/ou de ovário invasivo (apenas 8% a 12 % das histerectomias são feitas para tratar o câncer);

- doença pélvica inflamatória (DIP) grave e incontrolável;
- sangramento uterino grave e incontrolável (raro, normalmente associado ao parto);
- complicações raras, mas graves, durante o parto, incluindo ruptura do útero;
- alterações como alguns subtipos de hiperplasia do endométrio que podem levar a câncer;
- endometriose extensa, causando dor debilitante e/ou envolvendo outros órgãos. Uma cirurgia mais conservadora e/ou medicação costumam ser tratamentos eficazes nessas circunstâncias.
- miomas extensos e grandes, envolvendo outros órgãos, ou que causem sangramento debilitante (é preciso observar que os miomas muitas vezes podem ser removidos por miomectomia, preservando, assim, o útero);
- prolapso uterino que está causando graves sintomas (outro tratamento possível nesse caso é a cirurgia de suspensão de útero ou pessário);
- sangramento grave, não contornável com suplemento de ferro, que leva à anemia. Se você tem qualquer uma dessas condições, a histerectomia pode salvar a sua vida e também poupá-la de dor e desconforto significativos.

Devemos lembrar também que pílulas contraceptivas, DIU Mirena e a ablação endometrial são tratamentos alternativos que podem ser tentados antes de se recorrer à histerectomia.

Não se deve realizar histerectomia em casos de sangramento uterino anormal leve, miomas sem sintomas e congestão pélvica (irregularidades menstruais e dor na lombar). Esses problemas costumam ser resolvidos com alternativas mais baratas e seguras.

OOFORECTOMIA

Ooforectomia é a remoção de um (unilateral) ou de ambos (bilateral) os ovários. As tubas uterinas também podem ser removidas. As razões comuns para a ooforectomia incluem: tumores benignos do ovário (tais como um endometrioma ou cisto dermoide), câncer de ovário, infecção pélvica e gravidez ectópica (uma gravidez que ocorre fora do útero). Em muitos casos, tumores benignos, cistos dermoides e endometriomas (cistos de endometriose) podem ser removidos sem retirar os ovários. Grandes cistos funcionais (sacos cheios de fluido que muitas vezes se formam durante um ciclo menstrual) também podem ser removidos dessa forma, se não forem reabsorvidos por conta própria. Mulheres com mutações dos genes BRCA1 ou BRCA2 têm maior risco de câncer de ovário e, às vezes, têm seus ovários removidos como forma de prevenção.

Se apenas um ovário for removido e não o seu útero, você continuará a ser fértil e ter períodos menstruais. Se ambos os ovários forem removidos, você terá menopausa cirúrgica. Mesmo que um ovário seja preservado, você pode ter sintomas de menopausa devido à perda de fornecimento de sangue para o ovário que não foi retirado.

Esses sintomas também são possíveis quando ambos os ovários são preservados após uma histerectomia.

Os ovários geralmente continuam a produzir alguns hormônios após a menopausa. A remoção de rotina de ovários saudáveis de mulheres com mais de 45 anos durante uma histerectomia programada não deve ser feita, mesmo que seja dada a justificativa de prevenir a possibilidade de futuro câncer de ovário. As evidências mostram que a remoção dos ovários dessa forma pode fazer mais mal do que bem, porque muito mais mulheres morrerão de outras causas, como doenças cardíacas e fraturas osteoporóticas resultantes da cirurgia do que do número relativamente pequeno de casos de câncer de ovário que seriam prevenidos.

Riscos e complicações

Embora a taxa de mortalidade por histerectomia seja baixa (menos de 1%), as complicações cirúrgicas incluem:

- infecções, das quais a maioria pode ser tratada com sucesso com antibióticos, mas algumas podem ser graves ou até mesmo incontroláveis;
- hemorragia no momento da cirurgia ou depois dela (uma transfusão ou segunda operação pode ser necessária);
- danos nos órgãos internos, mais frequentemente no trato urinário e, por vezes, no intestino. Às vezes, há danos no ureter (tubo que liga o rim à bexiga) ou na bexiga.

As complicações cirúrgicas menos comuns incluem coágulos sanguíneos, complicações da anestesia e obstrução intestinal de cicatrizes pós-cirúrgicas.

Riscos a longo prazo

Para aquelas que têm quarenta e poucos anos ou menos, a remoção do útero e ovários pode aumentar o risco de doenças cardiovasculares. Mesmo que os nossos ovários não sejam removidos, há uma maior probabilidade de menopausa precoce. Isso se deve geralmente à diminuição do fornecimento de sangue para os ovários, de modo que eles perdem a sua capacidade de produzir hormônios, seja imediatamente ou ao longo do tempo. Um grande número de médicas e médicos nos assegura que podemos evitar esses riscos tomando estrogênio, mas a terapia com estrogênio não substitui o funcionamento dos ovários.

Os efeitos hormonais da histerectomia com ooforectomia variam de mulher para mulher. Algumas sofrem com severas ondas de calor e falta de lubrificação. Outras usam terapia hormonal por um tempo e vão diminuindo gradualmente. Os sintomas que podem aparecer a longo prazo, associados à histerectomia e/ou à ooforectomia, incluem constipação, incontinência urinária, dor nos ossos e nas articulações, dor pélvica e depressão.

HISTERECTOMIA, OOFORECTOMIA E SEXUALIDADE

Muitas mulheres se preocupam com os efeitos que a histerectomia, com ou sem ooforectomia, poderá causar na resposta sexual. Tanto profissionais da área médica quanto a literatura popular sugerem que quaisquer dificuldades sexuais que possamos ter são “coisas da nossa cabeça”. Na verdade, há alguma base fisiológica para esses problemas. Quando os ovários são removidos, os níveis hormonais caem drasticamente, o que pode afetar o desejo sexual:

Fiz uma histerectomia há dois anos, aos 45 anos. Imediatamente após a cirurgia, eu passei de uma pessoa que tinha muita excitação e orgasmos a uma perda completa da libido, do prazer sexual e dos orgasmos. Fui a alguns médicos, mas todos negaram ter visto uma mulher com esse problema antes e me disseram que era psicológico. Antes da cirurgia, eu e o meu marido tínhamos relações sexuais cerca de três a cinco vezes por semana, simplesmente porque temos uma relação aberta e amorosa. Agora acho que tenho de trabalhar minha mente para me interessar por relações sexuais. E já não tenho o orgasmo que vem da pressão no colo do útero, embora ainda tenha um orgasmo fraco a partir da estimulação clitoriana.

Os efeitos locais da cirurgia podem ocasionalmente causar problemas. A lubrificação vaginal tende a diminuir após a histerectomia e/ou ooforectomia e a relação sexual pode ser desconfortável se a sua vagina foi encurtada pela operação ou se houver tecido cicatricial na pelve ou no fundo da vagina. A fim de minimizar a cicatriz, preservar a função nervosa e o suporte dos ligamentos e também evitar encurtar a vagina, há algumas recomendações para manter o colo do útero quando não se tratar de casos de câncer.

No entanto, para muitas mulheres, as relações sexuais não sofrem alterações ou se tornam mesmo mais agradáveis após a histerectomia, uma vez que os sintomas dolorosos desaparecem. Em depoimento, uma mulher que fez uma histerectomia por causa de enormes miomas diz:

Tive cólicas terríveis toda a minha vida e sentimentos genuínos de profunda depressão durante os meus ciclos menstruais. Os meus ovários não foram removidos e a minha libido não foi afetada. A minha resposta sexual melhorou. Pela primeira vez, eu não tive medo de uma gravidez indesejada e minha saúde, em geral, ficou boa.

Considere os benefícios da cirurgia e a possibilidade de mudanças no desejo sexual ou de respostas que não podem ser previstas com antecedência. Tratamentos menos

drásticos do que uma histerectomia geralmente podem reduzir a dor e sangramento de condições uterinas benignas e melhorar o bem-estar geral.

PROCEDIMENTOS DA HISTERECTOMIA

Histerectomia total, às vezes chamada de histerectomia completa: a cirurgia remove o útero e o colo do útero, deixando as trompas e ovários. Você pode continuar a ovular, mas não terá mais períodos menstruais; em vez disso, o óvulo será absorvido pelo corpo na cavidade pélvica.

Histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral: a cirurgia remove o útero, colo do útero, trompas e ovários. Um ovário pode ser mantido, se não estiver afetado. Em casos raros (geralmente para tratar o câncer generalizado), será removida a parte superior da vagina e talvez os linfonodos na área pélvica. Esse procedimento é chamado histerectomia radical.

Histerectomia supracervical (ou subtotal): nesse procedimento, mantém-se o colo do útero, para limitar o efeito da cirurgia na função e anatomia da vagina. Também é menos provável que interfira em nervos e artérias, bem como em ligamentos que sustentam a vagina. No Brasil, fazemos Papanicolau em pacientes histerectomizadas que mantiveram o colo do útero ou cuja causa da histerectomia tenha sido câncer de colo uterino.

Abdominal ou Vaginal?

O útero pode ser removido através de uma incisão abdominal ou através da vagina. Às vezes, a cirurgiã ou cirurgião prefere uma abordagem abdominal porque permite ver a cavidade pélvica mais completamente. A incisão é feita horizontalmente, através da linha púbica superior, onde a cicatriz raramente aparece depois, ou verticalmente, entre o umbigo e a linha púbica. As incisões verticais tendem a cicatrizar mais lentamente.

A histerectomia vaginal tem a vantagem de um período de recuperação mais curto e cicatrização mais rápida. Como a incisão está dentro da vagina, você não terá uma cicatriz visível.

A histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (HVAL) permite ver uma imagem da cavidade pélvica sem a desvantagem de uma grande incisão. Embora histerectomias vaginais sejam realizadas cada vez mais, elas requerem maior habilidade, por isso é importante encontrar uma cirurgiã ou cirurgião experiente. Erros durante a cirurgia podem resultar em dificuldades permanentes do trato urinário. Outras desvantagens incluem um possível encurtamento da vagina, que pode resultar em relações sexuais dolorosas e dor temporária (mas forte) nas costas.

Técnicas laparoscópicas minimamente invasivas (em que os órgãos pélvicos são visualizados através de um pequeno escopo colocado através do umbigo) são usa-

das mais frequentemente agora para evitar a longa recuperação e a grande cicatriz associada à abordagem abdominal. Como são necessárias apenas pequenas incisões, a recuperação é muito melhor. Procure consultar alguém experiente nessas técnicas.

Recuperação após histerectomia/ooforectomia

Depois de uma histerectomia, você pode ficar no hospital por um ou vários dias, dependendo do tipo de procedimento, da quantidade de anestesia e da sua saúde geral. No primeiro dia, provavelmente serão inseridos um acesso intravenoso e uma sonda urinária em você. Serão administrados medicamentos para que você não tenha dores e náuseas. Dentro de um dia, você provavelmente poderá ficar em pé e será encorajada a fazer exercícios para que a sua circulação e respiração voltem ao normal. Você também poderá ter dores causadas por gases. Uma técnica que pode ser utilizada em casa para eliminar os gases abdominais é a aplicação de compressas quentes logo abaixo do umbigo. Caminhar e fazer exercícios de respiração profunda e lenta também podem ajudar, assim como massagens delicadas na barriga no sentido horário. Você pode começar a ingerir alimentos sólidos leves, assim como líquidos, quando se sentir capaz de ingeri-los sem sentir náuseas. As internações são cada vez mais curtas. Isso pode ser assustador, mas uma vez retirado o acesso intravenoso e reduzidos os medicamentos para via oral para a dor, estar em casa com uma boa ajuda pode oferecer muito conforto e evitar o risco de pegar uma infecção hospitalar. Planeje com antecedência para que possa ter o apoio de que você precisa (família, pessoas amigas ou serviços de apoio comunitário).

Recuperação em casa

Depois de ir para casa, você pode ter um pequeno sangramento vaginal ou secreção que diminui gradualmente. Também poderá ter ondas de calor causadas pela perda de estrogênio, mesmo que os seus ovários não tenham sido removidos. Provavelmente você vai continuar a ter alguma dor, mesmo que esteja tomando a medicação. Consulte sua médica ou médico se tiver febre, náuseas e vômitos ou corrimento vaginal irregular, uma vez que isso pode indicar uma infecção.

Tente conseguir a ajuda de alguém para cuidar de você nos primeiros dias. Você pode se sentir cansada, por isso peça à família e a amigas e/ou amigos para ajudá-la com tarefas domésticas e com as crianças, pelo menos nas primeiras semanas. Você pode ser orientada a evitar duchas vaginais, dirigir ou levantar coisas pesadas por várias semanas. Se você tiver que dirigir ou precisar pegar crianças pequenas no colo, peça sugestões sobre como e quando você pode fazer essas tarefas com segurança.

A recuperação completa geralmente leva de quatro a seis semanas, mas algumas mulheres se sentem cansadas por um longo período, que pode levar de seis meses a

um ano após a cirurgia. A maioria das profissionais de saúde também recomenda esperar de seis a oito semanas para voltar a fazer sexo e/ou esportes ativos, mas algumas mulheres voltam antes. Comece com exercícios leves, como caminhadas, e gradualmente volte às suas velhas rotinas, sempre com orientação da sua médica ou médico.

Reações emocionais

Algumas mulheres sentem apenas alívio após a histerectomia, especialmente quando a operação elimina um grave problema de saúde ou dor crônica e incapacitante. Mas mesmo que esteja preparada para isso e acredite que não se sentirá deprimida, você pode vir a chorar com frequência e inesperadamente durante os primeiros dias ou semanas após a cirurgia. Essa reação pode ser decorrente das alterações hormonais súbitas. Muitas de nós ficamos chateadas por perder qualquer parte de nós mesmas, especialmente uma parte que é tão unicamente feminina.

Reconhecer sentimentos de raiva e dor depois de perder uma parte de si mesma ou alguma capacidade de resposta sexual é um momento importante do processo de recuperação.

Há ginecologistas que recomendam ajuda psiquiátrica e prescrevem antidepressivos ou calmantes enquanto ignoram o tratamento de condições físicas ou sexuais subjacentes causadas pela cirurgia. Muitas vezes, a psicoterapia – além de conversas com pessoas amigas ou da família – nos permite lidar com um quadro de depressão pós-histerectomia. Algumas mulheres começaram seus próprios grupos de apoio pós-cirurgia construindo redes em sua comunidade.

A VULVA

VULVITE

A vulvite é a inflamação da vulva e pode ser causada por vários fatores, como uma lesão, sexo oral, infecção bacteriana, viral ou fúngica, alergias a produtos comerciais comuns, como sabonetes corporais, talcos e desodorantes, ou irritação gerada pelo uso de absorventes íntimos, roupas íntimas sintéticas e meia-calça. O estresse, a dieta desequilibrada e a falta de higiene podem aumentar a probabilidade de infecções vaginais. As mulheres diabéticas podem desenvolver vulvite com mais frequência, porque alterações no açúcar sanguíneo aumentam a suscetibilidade à infecção. Já as mulheres na pós-menopausa podem desenvolver vulvite porque, à medida que os níveis hormonais diminuem, os tecidos vulvares tornam-se mais finos, mais secos e menos elásticos e, portanto, mais propensos à irritação e à infecção.

Os sintomas da vulvite incluem coceira, vermelhidão, inchaço, ardor e dor. Às vezes, aparecem bolhas com conteúdo líquido que se rompem e escorrem, formando

crostas (o que também pode ser herpes). Coçá-las pode causar mais irritação, formação de pus e descamação, uma infecção secundária.

Pode ser necessária uma avaliação. Algumas mulheres com esse problema tendem a limpar demais a vulva, contribuindo para uma maior irritação. Lavá-la uma vez por dia apenas com água morna será suficiente.

Tratamentos médicos para a vulvite

O primeiro passo no tratamento médico da vulvite é fazer um diagnóstico. Dependendo da causa, pode-se prescrever cremes antifúngicos ou tratamento antibacteriano. Pomada de corticoide ou outras loções calmantes podem aliviar a coceira intensa. Essas pomadas em doses baixas podem ser boas durante um curto período, mas podem causar afinamento e manchas na pele se usadas por tempo prolongado; por isso, não as utilize sem indicação médica.

As mulheres na pós-menopausa podem receber um tipo de estrogênio tópico de ação local caso as vulvites tenham ligação com a atrofia de pele relacionada à menopausa. Se tiver uma infecção vaginal ou herpes, o tratamento desses problemas em geral irá tratar a vulvite também.

Se a vulvite persistir ou piorar, você pode precisar de uma biópsia vulvar para descartar a possibilidade de câncer ou doenças vulvares crônicas como líquen escleroso, uma doença da pele que pode produzir coceira, dor e cicatrizes. Essa biópsia normalmente pode ser feita em consultório médico ou em laboratórios, com anestesia local.

Cuidados pessoais

É importante interromper logo o uso de quaisquer substâncias que possam ser uma causa de vulvite. Produtos comerciais podem causar irritações, como sabonetes íntimos, cremes e lubrificantes. Mantenha a vulva limpa, fresca e seca – e lembre-se de, após urinar, limpar da frente para trás. Banhos de assentos mornos com chá de camomila são calmantes. Use papel higiênico branco sem perfume (perfumes e corantes podem ser agravantes), toalhas macias de algodão e roupas íntimas de tecidos naturais para evitar irritações. Fazer compressas frias também pode ajudar a aliviar a coceira e acalmar a irritação. Caso tenha piora do quadro ao fazer tratamentos naturais, procure atendimento. Lembre-se de utilizar um lubrificante não irritante hipoalergênico durante as relações sexuais e, caso opte por depilação rotineira da vulva, evite métodos depilatórios até a resolução dos sintomas.

VULVODÍNIA

Vulvodínia é o termo desenvolvido em 1976 pela Associação Internacional para o Estudo das Doenças Vulvares (*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*)

para descrever a dor vulvar crônica. Mulheres com vulvodínia apresentam ardor intenso, dor, coceira, pontadas e/ou irritação na vulva (órgãos genitais externos).

Entre as causas específicas que podem levar à dor vulvar estão a infecção fúngica, herpes, líquen plano, lúpus eritematoso sistêmico, câncer, menopausa, episiotomia ou ainda a contração exagerada do músculo do assoalho pélvico (causado por uma variedade de razões).

Na ausência de doença clínica ou de fator específico que persista por mais de três meses, a dor vulvar é chamada de vulvodínia, a qual é dividida em dois tipos. Na vulvodínia generalizada, os sintomas ocorrem em diferentes áreas da vulva, em vários momentos e às vezes mesmo quando a vulva não está sendo tocada. Na vulvodínia localizada (formalmente chamada de vestibulodínia, vestibulite vulvar ou disestesia vulvar localizada), as mulheres sentem dor principalmente em uma área em torno da abertura vaginal (o vestibulo), em geral quando essa área é tocada ou pressionada.

Diagnóstico

Cerca de 8% a 12 % das mulheres apresentarão dor vulvar ao longo da vida.²⁹ Mesmo assim, pode ser difícil obter um diagnóstico adequado e, mais ainda, um tratamento bem sucedido. Existem poucos estudos na literatura médica que abordem tratamentos para a dor vulvar crônica. Se a sua vulva doer, é essencial encontrar uma médica ou um médico que tenha conhecimento sobre vulvodínia. Para excluir as condições vulvovaginais que são causadoras conhecidas de dor, poderá ser pedido um histórico completo, com um exame pélvico e um exame de pH das secreções e culturas vaginais. Durante um exame pélvico, são avaliadas a forma e aparência da sua vulva. Em seguida, a médica ou médico vai tocar levemente algumas áreas de sua vulva com um cotonete, para ver onde está sensível.

Causas

Não sabemos ao certo o que causa a vulvodínia, mas existem algumas teorias que indicam os seguintes fatores:

- candidíase vulvovaginal recorrente;³⁰
- fatores genéticos;³¹
- neuralgia (dor intensa decorrente do acometimento de um ou mais nervos de uma determinada região), que pode ser pós-herpética, pós-episiotomia, estiramento do nervo pudendo;³²
- fatores hormonais;
- disfunção da musculatura do assoalho pélvico;³³
- fatores psicoemocionais (estresse, ansiedade, depressão);³⁴
- impacto psicossocial (história de abuso sexual, educação rígida/repressora).³⁵

Começou nas primeiras vezes que tive relações sexuais. Eu estava com um parceiro maravilhoso, mas o sexo doía tanto que nos fazia chorar – eu pela dor física e ele pela dor que eu sentia. Uma vez iniciada, a dor voltava sempre que algo tocava minha vulva: absorvente interno, um dedo, um espécuro (que era o pior). Passei por vários profissionais de saúde; a primeira médica me disse que era apenas “tensão” e que eu precisava relaxar. Ela fazia ideia de como isso era ofensivo, desmoralizante e depreciativo? Finalmente, encontrei uma médica que me respeitava, que reconhecia que a minha dor era real e que lhe dava o nome de vulvodínia. Até ter um nome para isso ajudou. Já tentei muitos tratamentos, alguns mais bem sucedidos do que outros. Três anos depois, estou emocionada ao relatar que eu e meu parceiro maravilhoso somos capazes de ter relações sexuais sem dor (bem como de continuar a compartilhar outros tipos de intimidade física). A minha [vulvodínia] não passou totalmente, mas está quase lá!

Tratamentos para a vulvodínia

Como as causas da vulvodínia permanecem incertas, não há tratamento padrão. Você e sua médica ou médico irão primeiro tentar identificar e tratar possíveis desencadeadores de dor, incluindo:

- uso de produtos que causam irritação ou atividades que tenham impacto na vulva;
- problemas inflamatórios, como candidíase ou vaginite inflamatória (uma vaginite pouco frequente);
- infecções virais, como herpes;
- problemas de pele na vulva;
- cistite intersticial (causando dor na bexiga e ao urinar);
- obstruções nos ductos de Bartholin (podem levar à formação de cistos ou abscessos na glândula de Bartholin, que produzem o fluido mucoso que lubrifica a vagina);
- espasmos musculares pélvicos.

Se as dores persistirem, o tratamento pode incluir:

- aplicação de pomada de estrogênio na vagina, especialmente se houver atrofia nas paredes vaginais;
- uso de antidepressivo tricíclico de baixa dose, como a amitriptilina, para reduzir a dor de origem central (especialistas acreditam que há uma conexão entre a dor e a abundância de nervos na área vulva em algumas mulheres);
- fisioterapia para avaliar e tratar a contratilidade do assoalho pélvico; mesmo que não haja espasmos musculares aparentes, há exercícios pélvicos para fortalecer os músculos pélvicos e reduzir a dor vulvar causada pelo toque;
- uso de pomada anestésica tópica aplicada antes ou depois da relação sexual;
- exploração de possíveis problemas de relacionamento ou experiências sexuais

passadas que poderiam contribuir para o sexo doloroso, com eventual encaminhamento à terapia sexual, se necessário.

Dicas para aliviar a dor vulvar

As seguintes dicas podem ajudá-la a obter alívio para a dor vulvar:

- evitar usar roupas apertadas;
- dormir sem calcinha;
- fazer compressas geladas;
- usar lubrificantes nas relações;
- fazer banho de assento com chás calmantes como camomila;
- evitar o uso de absorvente de uso diário;
- evitar o uso das seguintes substâncias: parabenos, propilenoglicol, clorexidina, triclosan, formaldeído.

Procure profissionais que tenham conhecimentos sobre a vulva e tenham tempo para explorar as opções de tratamento com você. Se você tem um parceiro ou parceira, é importante explicar o que é a vulvodínia para que vocês possam explorar diferentes opções para a intimidade física. Também considere entrar em contato com um grupo de apoio para compartilhar histórias e sucessos.

Está disponível na internet uma excelente cartilha produzida pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) chamada *Por que minha vulva dói? Guia voltado para mulheres com dor vulvar*.³⁶

CÂNCER DE VULVA

O câncer de vulva é relativamente raro. As mulheres que tiveram infecções pelo HPV parecem ter maior risco, e há especialistas que acreditam que as taxas de câncer de vulva irão crescer acentuadamente no futuro devido ao aumento das taxas de infecções pelo HPV. No entanto, não há nenhum exame de rastreamento para o câncer de vulva e muitas mulheres são tratadas de outras condições clínicas antes de se perceber que uma biópsia deve ser feita.

Esteja ciente de quaisquer alterações na sua área vulvar, tais como coceira, descamação ou irritação persistente e, principalmente, tumores. Não tenha medo de olhar. A pessoa da área médica que a atender irá solicitar uma vulvosopia caso encontre alguma lesão suspeita. Como o câncer de vulva normalmente cresce lentamente, a detecção precoce pode significar a diferença entre uma pequena cirurgia e a experiência mais emocional e fisicamente devastadora de perder os genitais. Uma cirurgia mais extensa também tem uma maior probabilidade de levar a complicações, como problemas no desempenho sexual. Se os gânglios linfáticos são removidos, a acumulação de fluido nas coxas pode causar inchaço, alterando a mobilidade.

A VAGINA

Todas as mulheres e pessoas com útero secretam muco pelo colo do útero e vagina. Essa secreção é clara ou ligeiramente leitosa e pode ser viscosa ou com grumos. Quando seca, pode ficar mais amarelada. Quando se está excitada, sob estresse ou no meio do ciclo, a secreção, em geral, aumenta e, normalmente, não provoca irritação ou inflamação da vagina ou vulva. Se você quiser examinar a sua própria secreção, recolha uma amostra de dentro da vagina com os dedos limpos e observe-a.

Muitas bactérias crescem na vagina de uma mulher saudável. Algumas, especialmente os lactobacilos, ajudam a manter a vagina saudável, mantendo um pH ácido (inferior a 4.5) e controlando o crescimento de bactérias potencialmente prejudiciais.

INFECCÕES VAGINAIS

Quando ocorrem infecções vaginais, você pode ter um corrimento diferente do que está acostumada, coceira leve ou intensa, queimação ou coceira na vulva e na vagina e, em alguns casos, vontade frequente de urinar. Sintomas vaginais e vulvares crônicos podem ainda ter relação com condições dermatológicas da vulva e vagina, como eczema ou psoríase.

As infecções vaginais podem estar ligadas a alguns fatores, entre os quais: diminuição da imunidade (por estresse, falta de sono, desequilíbrios na alimentação ou por outras infecções no nosso corpo); uso frequente de duchas vaginais ou de sabonetes íntimos; gravidez; pílulas anticoncepcionais, outros hormônios ou antibióticos; diabetes; cortes, escoriações ou irritações na vagina (decorrentes de relações sexuais com lubrificação insuficiente, uso de absorventes internos, uso de preservativo, ejaculação).

As infecções também são transmitidas durante as relações sexuais com uma parceira ou parceiro infectado. As infecções vaginais crônicas são, pouco frequentemente, um sinal de problemas médicos graves, mas devem ser avaliadas por profissional de saúde.

TRATAMENTOS MÉDICOS E ALTERNATIVOS

O tratamento habitual para vaginites dentro da medicina alopática é geralmente algum tipo de antibiótico, o que pode alterar o delicado equilíbrio da flora e pH vaginal.

Como uma alternativa aos antibióticos para a vaginite, algumas mulheres relatam que tratamentos com plantas medicinais podem ajudar a restaurar a flora vaginal e promover a recuperação. Uma revisão bibliográfica sistemática feita em 2003³⁷ avaliou o uso de lactobacilos (em cápsulas ou na forma de iogurte natural), melaleuca e alho e concluiu que são necessários mais estudos para recomendá-los. Algumas mulheres experimentam bons resultados com banhos de assento com chás de fitoterápi-

cos (sentando-se em uma bacia com líquido suficiente para submersão da pelve). Ao realizar esses banhos, é importante retirar os resíduos das plantas dos chás, coando o líquido da submersão com filtro para, então, realizar o banho. Isso se deve ao risco de infecções pélvicas caso algum pequeno pedaço de planta entre na cavidade uterina.

No livro *Manual de introdução à ginecologia natural*, de Pabla Pérez San Martín, há informações de cuidados naturais tradicionais na América Latina.³⁸

Abaixo, encontramos informações sobre as infecções vaginais mais comuns: candidíase e vaginose bacteriana.

CANDIDÍASE

Candida albicans, um fungo de levedura muitas vezes chamado simplesmente de cândida, cresce no reto e na vagina e, preferencialmente, em ambientes ligeiramente ácidos (que, em geral, é o caso da vagina). Numa vagina saudável, a presença de cândida não é um problema. Quando o sistema está desequilibrado, organismos como as leveduras podem crescer abundantemente e causar uma secreção branca e espessa que pode parecer queijo tipo ricota e cheirar a pão cozido. Algumas vezes causa coceira intensa e, outras, ardência ou sensação de irritação.

São fatores de risco para candidíase: gravidez, uso crônico de hormônios e/ou corticoides, diabetes mellitus, imunodeficiências, hábito de usar roupas muito justas e/ou sintéticas, pequenos ferimentos na região genital, uso de antibióticos e dieta muito ácida.³⁹

Diagnóstico

A maneira de ter certeza que uma infecção é causada por cândida, e não por outra coisa, é a partir da análise das secreções vaginais em um microscópio em que se observam hifas (filamentos de células que indicam presença de fungos e/ou líquens). Em alguns casos, principalmente se houver dúvida diagnóstica, pode ser importante fazer um exame em laboratório. O autodiagnóstico é impreciso, por isso, caso faça um tratamento caseiro e não tenha alívio dos sintomas, busque logo um atendimento com profissional de saúde até ter um diagnóstico e tratamento adequados. Lembre-se: nem tudo que coça na vagina é candidíase. Considera-se candidíase de repetição quando ocorrem quatro ou mais episódios em um ano.

Tratamentos médicos para candidíase

O tratamento consiste em antifúngicos na forma de creme vaginal ou comprimidos via oral. Alguns medicamentos são acessíveis sem prescrição, outros requerem receita médica. No geral, pela praticidade, estudos relatam que a preferência das mulheres é pela ingestão de comprimidos via oral, e não o uso de pomada vaginal (apesar de os cremes terem menos efeitos colaterais do que medicamentos orais).

Esses estudos também concluíram que ambas as vias apresentam taxas semelhantes de cura.⁴⁰ Para gestantes, recomenda-se apenas o tratamento com creme vaginal, pois ainda não há evidência científica suficiente sobre a segurança do uso de medicação via oral.

Algumas mulheres terão infecções recorrentes ou crônicas de cândida. Nesses casos, o tratamento oral prolongado poderá ser necessário, mas deve ser baseado em avaliação clínica e exames laboratoriais.

Outro tratamento para a cândida é o uso de cápsulas de ácido bórico. Os efeitos colaterais são raros, mas podem ocorrer ardência vaginal e coceira. Não utilize ácido bórico caso tenha cortes ou escoriações, pois ele poderá entrar na corrente sanguínea e causar náuseas, vômitos, diarreia, dermatite e danos nos rins. O ácido bórico é tóxico na via oral (pode ser fatal) e não pode ser ingerido; por isso, evite o sexo oral durante o uso. É normalmente utilizado apenas nos casos em que outros tratamentos tiverem falhado na forma de óvulos vaginais.

Cuidados pessoais

Algumas mulheres relatam sucesso com métodos naturais, mas não há estudos conclusivos sobre sua eficácia. Alguns exemplos de métodos usados são: inserção de iogurte natural na vagina, inserção de supositórios de alho (para evitar irritação, descasque, mas não corte o dente de alho, e envolva-o em gaze antes de inserir) ou de babosa (apenas a parte interna e transparente da *Aloe vera*) e ingestão de suco de cranberry.

Experimente melhorar o seu sistema imunológico reduzindo o açúcar de sua dieta e descansando mais. Converse sobre questões conflituosas no relacionamento conjugal, se existirem. Se você tiver uma infecção aguda, evite duchas, absorventes e meia calça. A *Cartilha de Cuidado na Candidíase Vaginal*, do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, traz mais informações sobre os cuidados necessários.⁴¹ A jornalista Sonia Hirsch, que escreve sobre saúde das mulheres, faz reflexões sobre efeitos da alimentação na imunidade e manifestação da candidíase na publicação “Candidíase: a praga”.⁴²

Alguns relatos de mulheres brasileiras sobre candidíase:

Eu já tive fases na vida de ter crises recorrentes de candidíase, mas com o tempo fui aprendendo a tratar e quase sempre consigo contornar sozinha quando vejo que uma crise pode começar; com banhos de assento, utilizando roupas mais arejadas, hidratação da vulva com óleo de coco e quase sempre isso dá certo. Percebo que o stress, má alimentação (consumo de farinha e açúcar brancos) e secura vaginal na relação com penetração são os grandes disparadores. Minha última crise foi muito intensa, juntou todos os disparadores de que falei acima – senti muita coceira e fui tentando contornar com tratamentos menos invasivos. Quando vi que não foi possível, passei a utilizar um creme vaginal ao dormir, mas, após a terceira noite, não estava melhorando e, quando fui me limpar, vi que tinha sangue no papel higiênico. Isso me assustou, falei com a médica que me acompanha e ela sugeriu tentar fluconazol e hidratação com óleo de coco.

Sempre tive uma relação esquisita com candidíase. No meu primeiro diagnóstico, estava sem sintomas e uma médica me disse que estava doente, me passou um tratamento excessivo (comprimido na hora e mais pomada por dez dias). Tive reação alérgica à pomada e passei a ter sintomas horríveis pelo tratamento de uma doença que eu nem sabia que tinha. Passados anos, comecei a ter muita dor na relação sexual, com muita coceira e corrimento, mas nunca ninguém me explicou que aquilo poderia ser a mesma candidíase cujo diagnóstico misterioso eu tinha recebido tanto tempo antes. Fui à médica dois meses depois, tinha inchaço na vulva e muita dor. Fiz o tratamento (novamente com um comprimido e dessa vez com duas pomadas) e melhorei. Depois disso, tinha cerca de quatro episódios por ano, sempre tratados da mesma maneira. Coloquei então o DIU Mirena, que acabou desbalanceando o pH da minha vagina, aumentando meus casos de candidíase para oito a nove episódios por ano. Sempre me culpei quando aparecia um novo quadro. “Será que foi o sorvete? Será que foi porque transei? Será que foi porque me estressei naquele dia?”. Cada pessoa me orientava um tratamento diferente, uma dieta diferente, informava algo que tinha feito de errado e que pudesse causar esse desbalanço. Fiz todos os tratamentos caseiros e medicamentosos, com alívio dos sintomas, mas sem que eles se resolvessem. Não sabia mais o que fazer. Curiosamente decidi suspender o uso de contracepção hormonal e me encontro hoje, 14 meses depois, sem nenhum episódio novo. É importante lembrar que isso não é regra, que cada corpo se comporta de um jeito e que nem sempre a resposta está estampada nos livros.

Eu tive candidíase de repetição por um ano inteiro. Era só me aproximar da fase do ciclo fértil que começava a coceira, mas principalmente ardência e irritação. Ter relações sexuais era praticamente impossível e, por mais que eu fizesse banhos de assento, usasse plantas, remédios, óleo de coco e estivesse com a alimentação impecável e com pouco açúcar, todo mês ela voltava. Foram várias as hipóteses que eu e meu namorado da época fizemos: seria clamídia? Tratamos. Será que a cândida estava colonizando a saliva e o sexo oral era um fator de risco? Seria álcool? Reduzi e, por alguns meses, parei de beber. Nada resolvia. Hoje, já há mais de dois anos sem ter tido nenhum outro episódio, percebo o quanto havia também uma dimensão da sexualidade e dos afetos com aquele companheiro. Não sei ao certo o que era causa ou consequência, mas a sensação de que meu corpo o rejeitava e de que minha sexualidade tinha algum problema era constante e muito angustiante. Conversar com minhas amigas e ter acesso aos métodos naturais foi o que mais me possibilitou autonomia para que todos os meses eu pudesse me cuidar sem tanto antifúngico, embora eu os tenha tomado também em algum momento.

VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana (VB) é uma alteração da flora vaginal, com um crescimento excessivo de certos microrganismos (possivelmente *gardnerella* e bactérias anaeróbicas como *mobiluncus*) e diminuição de lactobacilos (que acidificam a vagina). É a causa mais comum de corrimento vaginal e ocorre em cerca de 10% a 30% das mulheres brasileiras.⁴³ Os sintomas podem ser confundidos com tricomoníase, embora a secreção geralmente seja mais viscosa e branca ou acinzentada e possua um cheiro característico (semelhante ao cheiro de peixe), em geral mais presente após relação sexual com ejaculação. Às vezes vai e vem, melhora após um período e piora novamente à medida que o ciclo da mulher progride. Não é considerada uma infecção sexualmente transmissível nas relações entre pessoas com pênis e vagina, mas estar com vaginose bacteriana pode aumentar o risco da transmissão de outras IST, como HIV. Nas relações entre pessoas com vagina, parece ser transmissível.⁴⁴ Alguns estudos sugerem que a VB aumenta o risco de dar à luz prematuramente se você tiver uma infecção durante a gravidez.

Tratamentos médicos para VB

O tratamento médico geralmente é feito com metronidazol por via oral ou vaginal durante sete dias. O tratamento via vaginal diminui os efeitos colaterais sistêmicos, mas é mais caro do que o tratamento com comprimidos.

Cuidados pessoais

Os tratamentos de cuidados pessoais incluem medidas gerais de prevenção de vaginite. Você pode ajudar a prevenir recorrências minimizando o uso de absorventes internos, evitando duchas higiênicas, usando preservativos nas relações com penetração de pênis (para compensar o efeito alcalino do sêmen ejaculado) e equilibrando a alimentação com uso de probióticos. Tratamentos alternativos podem proporcionar alívio temporário, mas não uma cura real. O uso oral e vaginal de iogurte não ajuda com a vaginose bacteriana.

A BEXIGA

A bexiga urinária é um órgão muscular expansível que armazena nossos resíduos líquidos (urina) para que possamos excretá-los intermitentemente. Esse órgão não é, obviamente, característica apenas feminina, mas, como se localiza tão perto dos outros órgãos que são únicos nas mulheres, questões específicas de gênero existem quando falamos dele.

INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

O trato urinário inclui os rins (que filtram o sangue para produzir urina), os ureteres (os tubos que transportam a urina dos rins para a bexiga), a bexiga (que armazena a urina) e a uretra (o tubo que transporta a urina de a bexiga para fora). As infecções do trato urinário (ITUs) acontecem quando as bactérias entram na uretra e sobem para a bexiga. Se a infecção fica apenas na bexiga, é chamada de “cistite simples”; se sobe pela bexiga e chega aos rins, é chamada de infecção renal ou “pielonefrite”.

Infecções do trato urinário são tão comuns que a maioria de nós tem pelo menos uma vez em algum momento da vida. Além disso, a cistite é de longe a ITU mais comum em mulheres, por isso falaremos mais sobre ela neste capítulo. A cistite é geralmente causada por bactérias, como a *Escherichia coli*, que entram na uretra e bexiga (e, eventualmente, nos rins) a partir do sistema gastrointestinal. No entanto, tricomoníase, clamídia e vírus também podem causar ITUs.

Há alguns fatores que aumentam o risco de desenvolver uma infecção urinária. São eles: aumento da atividade sexual, diabetes, ter tido uma infecção na bexiga ou nos rins nos últimos 12 meses, uso de espermicida e ter uma condição como cálculo renal ou refluxo ureteral. Também há evidências crescentes de que há uma predisposição genética para ITUs, ou seja, algumas pessoas podem ter mais probabilidade de apresentar ITUs, independentemente de seus comportamentos ou outras condições de saúde. Condições como baixa resistência, dieta inadequada, estresse, trauma na uretra decorrente do parto, cirurgia e cateterização podem gerar predisposições a essas infecções.

As mulheres grávidas são especialmente suscetíveis, já que a pressão do feto em crescimento pode reter urina na bexiga e ureteres, permitindo que as bactérias cresçam. Mulheres na pós-menopausa também são susceptíveis devido ao efeito das alterações hormonais na bexiga e na uretra. Eventualmente, as ITUs são causadas por uma anormalidade anatômica congênita ou, sobretudo em mulheres mais velhas ou que tiveram muitas gestações, por uma uretra ou bexiga prolapsada (caída).

Devemos suspeitar de cistite em pessoas que apresentam: vontade de urinar com muita frequência, dor na parte inferior do abdômen e ardência para urinar, principalmente se esses sintomas não vierem acompanhados de sintomas vaginais, como corrimento e coceira. Alguns casos ainda podem vir acompanhados de sangue e/ou pus na urina.

Vale lembrar que também é possível ter sintomas temporários leves (como urinar com frequência) sem de fato ter uma infecção, simplesmente por beber muito café ou chá (ambos são diuréticos), por problemas pré-menstruais, alergias alimentares, vaginite, ansiedade ou irritação na região causada por banhos de espuma, sabonetes ou duchas. Desde que você esteja com boa saúde e não esteja grávida, pode pensar em observar sintomas leves durante 24 horas antes de consultar uma médica ou médico.

Alguns sintomas de cistite podem desaparecer sem tratamento. No entanto, se os sintomas iniciais persistirem, reaparecerem frequentemente ou forem acompanhados por arrepios, febre, vômitos e/ou dor nos rins (perto do meio das costas), consulte uma médica ou médico. Também faça uma consulta se tiver sangue ou pus na urina, dor ao urinar durante a gravidez, diabetes ou doenças crônicas, antecedentes de infecção renal, doenças ou anomalias do trato urinário.

Diagnóstico

Em mulheres, a maioria dos casos de infecção da bexiga não tem complicações e é facilmente diagnosticada após realização de uma anamnese direcionada que, em algumas situações, pode ser complementada pelo exame físico, sem que seja necessária a realização de exames complementares (como o de urina e a urocultura).

Porém, algumas vezes o exame de análise de urina e a urocultura podem ser necessários. É o caso, por exemplo, de gestantes, quando há uma suspeita de infecção renal, quando são identificados sintomas que não são típicos de infecção da bexiga, quando a pessoa já teve infecções de repetição ou “resistentes” a alguns antibióticos, quando houve uso recente de antibióticos ou ainda quando a pessoa em tratamento não apresenta melhora dentro de 24 a 48 horas após o início dos antibióticos.

Prevenir as ITUs e evitar a reinfecção

Algumas pessoas relatam melhoras na ocorrência da ITUs com algumas atitudes do dia a dia, ainda que sejam necessárias evidências científicas para algumas recomendações.

Beba muito líquido todos os dias. Isso pode ajudar a prevenir infecções da bexiga. Tente tomar um copo de água a cada duas ou três horas, não só para evitar cistites, mas também porque esse é um hábito saudável.

Urine frequentemente e tente esvaziar completamente a bexiga a cada vez que urinar. Evite segurar a urina quando a bexiga estiver cheia.

Mantenha-se limpa. Limpe-se de frente para trás após urinar ou evacuar, para manter as bactérias dos intestinos e do ânus longe da uretra. Lave os genitais da frente para trás com água pura ou sabonete suave pelo menos uma vez por dia.

Lave-se antes das relações sexuais e urine depois delas. Há profissionais de saúde que recomendam higienizar as mãos e os genitais antes do sexo e ter hábito de urinar após a relação sexual, pois isso poderia ajudar a eliminar os germes que podem entrar na bexiga. Não há prova de que essas atitudes sejam eficazes na prevenção de infecções, mas também não são prejudiciais.

Experimente trocar o seu método contraceptivo. Algumas usuárias de diafragma acham que a pressão das bordas contra a uretra pode contribuir para a infecção. (Um diafragma de tamanho diferente ou um com borda diferente pode resolver esse problema.) As espumas contraceptivas ou supositórios vaginais podem irritar a uretra. Os preservativos que não são lubrificados podem exercer pressão sobre a uretra e os corantes ou lubrificantes podem causar irritação.

Acidificar a urina. Algumas mulheres acham que o consumo de cranberry todos os dias torna a urina mais ácida e ajuda a prevenir as ITUs. No entanto, não existem bons estudos que comprovem a eficácia do cranberry no tratamento de infecções urinárias.

Mantenha a resistência. Coma bem, descanse mais e encontre formas de reduzir o estresse tanto quanto possível.

Tratamentos médicos para ITUs

A maioria das ITUs responde rapidamente a uma variedade de antibióticos. Em pacientes saudáveis, o tratamento da cistite inclui a administração de antibióticos por alguns dias. Algumas opções típicas de medicamentos são nitrofurantoína, sulfametoxazol-trimetoprim e fosfomicina, mas há muitos outros disponíveis. Dependendo de qual antibiótico foi prescrito, você pode precisar de uma dose única ou então tomá-los pelo período de três a cinco dias. Infecções renais exigem mais atenção e maior tempo de tratamento. Se você tiver febre alta, dor forte ou não conseguir conter alimentos ou líquidos, considera-se que se trata de uma infecção mais complicada, o que demanda hospitalização e uso de antibióticos e líquidos intravenosos. À medida que começar a melhorar, você poderá ir para casa e continuar tomando antibióticos orais lá.

Caso os sintomas persistam por mais de dois dias após você começar a tomar medicamentos, entre em contato com sua médica ou médico novamente. Os organismos podem ser resistentes aos antibióticos que você está usando.

O acetaminofeno pode aliviar a dor das ITUs. Um número significativo de profissionais recomenda um medicamento chamado Pyridium, um anestésico que alivia a dor, mas não trata a infecção em si. (O Pyridium tinga a urina de laranja, o que pode manchar a roupa. Não é indicado o uso por tempo prolongado, pois pode mascarar uma infecção resistente).

Algumas mulheres têm infecções da bexiga com frequência, as chamadas infecções de repetição. Nesse caso, é importante confirmar pelo menos uma vez que seus sintomas (por exemplo, ardor, frequência e urgência para urinar) são causados por uma infecção da bexiga, e isso é feito com o exame da urina. As infecções recorrentes são geralmente tratadas da mesma forma que a infecção inicial, a menos que sua infecção seja conhecida ou pensada como sendo causada por uma bactéria resistente. Mulheres com infecções recorrentes podem ter anormalidade nos rins, ureter, bexiga ou uretra, ou ainda um quadro de pedra nos rins. Nesses casos é importante que uma avaliação mais aprofundada seja realizada, incluindo exames de imagem do aparelho urinário.

Por fim, vale ressaltar que muitas pessoas têm bactérias na urina, mas não desenvolvem sintomas. Na maioria das vezes, essas bactérias não precisam ser tratadas quando não há fatores de risco. Contudo, principalmente em mulheres grávidas, o tratamento deve ser feito com antibióticos para prevenir a infecção renal, trabalho de parto pré-termo e outras complicações.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária é a perda involuntária da urina. Um assoalho pélvico saudável tem um bom tônus (firmeza) e elasticidade. Contudo, a idade, a falta de exercícios em geral, o tabagismo, trabalhos ou atividades em que a pessoa precisa levantar muito peso e gravidez fazem com que esses músculos fiquem mais frouxos e menos resistentes. Se o quadro é leve, o uso de absorventes menstruais para reter o vazamento de urina pode ser uma solução temporária. Uma avaliação completa pode ajudar a determinar quais abordagens de tratamento se mostram mais eficazes, as quais incluem treinamento da bexiga, exercícios para o assoalho pélvico (que estão descritos no próximo tópico como “exercícios de Kegel”), medicamentos e cirurgia.

PROLAPSO GENITAL

O prolapso genital é uma condição em que os músculos do assoalho pélvico se tornam frouxos e já não suportam os órgãos pélvicos corretamente. Em casos graves, os ligamentos e tecidos que mantêm o útero no lugar podem enfraquecer o suficiente para permitir que ele caia (prolapso) na vagina. Também pode ocorrer o prolapso das paredes anterior e posterior da vagina. O prolapso da parede anterior da vagina se relaciona à queda da bexiga e o da parede posterior, à queda do reto (porção final do intestino grosso).

O primeiro sinal de prolapso genital é, muitas vezes, uma tendência à perda involuntária de urina quando você tosse, espirra ou ri de repente, por exemplo. Se o seu útero desceu para a vagina, pode haver uma sensação chata, de peso na vagina, como se algo estivesse caindo. Muitas pessoas descrevem esse quadro como uma “sensação de bola na vagina”. Os sintomas são geralmente piores depois de ter ficado de pé durante muito tempo.

Tratamentos médicos para prolapso uterino

A intervenção médica geralmente não é necessária para prolapso uterinos leves. Se o prolapso for suficientemente grave para causar desconforto, é importante consultar uma médica ou médico, a fim de caracterizar o grau de acometimento do prolapso e, a partir daí, discutir as possibilidades cirúrgicas e não cirúrgicas.

O pessário é um dispositivo de borracha que se encaixa em torno do colo do útero e ajuda a sustentá-lo. As desvantagens incluem dificuldade em obter um ajuste adequado, possível irritação ou infecção e a necessidade de remover e limpar o pessário frequentemente.

O procedimento cirúrgico chamado de operação de suspensão pode levantar e recolocar o útero descendente e, muitas vezes, a bexiga ou reto caídos também. Um número grande de profissionais recomenda a histerectomia para o útero prolapsado, mas geralmente ela não é obrigatória e deve ser feita apenas como último recurso, em casos apropriados. É melhor consultar alguém que tenha experiência na área e continue se atualizando com novas pesquisas. Urologistas têm capacitação especial para esse tipo de cirurgia pélvica.

Prevenção e cuidados próprios

A prática regular de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico é descrita como uma alternativa para o tratamento de alguns prolapso genitais, podendo ajudar na prevenção e na regressão do prolapso, além de ajudar a melhorar sintomas.⁴⁵ Prolapsos maiores, que ultrapassam a linha do hímen, não costumam regredir com exercícios.

Profissionais da área da saúde podem ajudar a verificar a força da sua musculatura pélvica. O teste de tentar iniciar e parar o fluxo de urina enquanto estiver sentada no vaso sanitário pode ser feito em casa para avaliar a força da musculatura, mas não deve ser repetido a todo momento. Se não puder parar o fluxo, você precisa fazer mais exercícios de fortalecimento.

Exercícios de Kegel

Os exercícios de Kegel são uma alternativa simples e eficaz, que pode ser realizada em casa. Eles são um conjunto específico de exercícios que fortalecem os músculos

pélvicos. Fazê-los pode ajudar as mulheres que têm prolapso genital e incontinência urinária e pode ser útil para as mulheres que têm condições de dor vulvovaginal. Os músculos do assoalho pélvico, também chamados de músculos pubococcegeos, envolvem bexiga, vagina e reto. Uma maneira fácil de encontrar os músculos do assoalho pélvico é sentar sobre os ísquios e apertar os músculos, ou então você pode pôr o dedo no meio da vagina e tentar apertá-lo com ela. Pense em puxar os músculos para cima e para dentro e relaxar os músculos abdominais e as nádegas. É fácil envolvê-los nesses exercícios mas, se usar o abdômen, não estará exercitando o assoalho pélvico. Tente contrair, segurar (de 8 a 10 segundos) e relaxar o assoalho pélvico de 8 a 12 vezes por 5 a 10 ciclos ao dia. Você também pode experimentar movimentos rápidos, contraindo para dentro e para fora, para sentir o músculo.

Também é possível fortalecer o assoalho pélvico relaxando na posição do joelho-peito (ajoelhando-se com o peito no chão e os glúteos para cima) várias vezes ao dia. Algumas mulheres acham que certas posições de yoga, tal como a posição da vela (sarvangasana), aliviam o desconforto de um útero prolapsado.

Os mesmos exercícios são recomendados durante a gestação para fortalecer a musculatura pélvica. A literatura médica não é conclusiva sobre a eficácia dos exercícios para prevenir o prolapso.

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP)

A síndrome dos ovários policísticos (SOP – cuja nova nomenclatura proposta é Síndrome Reprodutiva Metabólica) é o problema endócrino mais comum que afeta mulheres em idade reprodutiva. Aproximadamente 5% a 8% das mulheres passam por esse desequilíbrio. No entanto, muito mais mulheres recebem esse diagnóstico de forma equivocada por apresentarem cistos ovarianos em ultrassons realizados rotineiramente ou por apresentarem acne e ciclos irregulares logo após a primeira menstruação, algo comum em adolescentes, mas que não necessariamente significa SOP. Atualmente, a síndrome dos ovários policísticos deve ser vista e cuidada como uma síndrome metabólica, sendo o principal risco de sua descompensação o risco cardiovascular.

A SOP é definida pela presença de pelo menos duas das seguintes características:⁴⁶

- ciclos menstruais irregulares, geralmente muito longos, com extensos períodos de amenorreia (falta de menstruação) e fluxo menstrual muito pequeno;
- sinais clínicos de hiperandrogenismo, ou seja, excesso de androgênios, caracterizado por acne, aumento da distribuição de pelos em rosto, dorso, abdômen, queda de cabelo e/ou níveis elevados de andrógenos no sangue;
- presença de cistos ovarianos no ultrassom transvaginal – 12 ou mais folículos (medindo entre 2 e 9 mm) na periferia do(s) ovário(s) e este(s) com volume maior do que 10 cm³.

Na maioria das vezes, a SOP é diagnosticada excluindo outras condições possíveis que podem causar sinais e sintomas semelhantes, como disfunção de hormônios tireoidianos e prolactina.

O que causa a SOP?

A SOP é uma doença multifatorial que envolve componentes genéticos, inflamatórios, ambientais e de aumento de resistência à insulina.

O organismo de muitas mulheres com SOP não consegue utilizar a insulina de forma eficiente, apresentando resistência ou levando à hipersinsulinemia, caracterizada por altos níveis sanguíneos de insulina. Acredita-se que a hipersinsulinemia está relacionada ao aumento dos níveis de andrógenos, bem como à obesidade e diabetes tipo 2. Por sua vez, a obesidade também pode causar resistência à insulina e aumentar o risco de SOP ou mesmo agravar a doença.

Grandes quantidades de andrógenos podem bloquear o crescimento dos folículos e a ovulação, além de poder fazer com que as mulheres desenvolvam pelos faciais, acne e queda de cabelos.

Como a SOP afeta a ovulação?

Quando há um problema de ovulação, o sistema reprodutivo não produz as quantidades necessárias de hormônios para desenvolver, amadurecer e liberar um óvulo saudável. Nesse caso, os ovários aumentam e desenvolvem muitos folículos pequenos, que produzem andrógenos, os quais interferem ainda mais na ovulação. Algumas pesquisas sugerem que os cistos contêm óvulos que não amadureceram e não foram liberados durante a ovulação.

Estudos demonstraram que nem todas as mulheres com SOP têm esses numerosos folículos e nem todas as mulheres com esses numerosos folículos têm SOP. Algumas mulheres com ovários policísticos têm ciclos menstruais regulares.⁴⁷

Sintomas de SOP

Os sinais e sintomas da SOP estão relacionados com o desequilíbrio hormonal, a falta de ovulação e a resistência à insulina. Eles podem incluir:

- períodos menstruais irregulares, pouco frequentes ou ausentes;
- hirsutismo – crescimento excessivo de pelo corporal e facial, incluindo pelos no peito, abdômen e costas;
- acne ou pele oleosa;
- cistos nos ovários e/ou ovários aumentados;
- problemas de fertilidade – apesar de precisarmos reforçar que pessoas com SOP precisam pensar em contracepção, caso necessário. Não conte com o aumento da chance de infertilidade para ficar sem contracepção;

- excesso de peso ou obesidade, especialmente ao redor da cintura (obesidade central);
- calvície ou cabelo fino;
- protuberâncias na pele – pequenas saliências na pele do pescoço ou das axilas;
- acantose – áreas escurecidas da pele na parte de trás do pescoço, nas axilas e sob os seios.

Além disso, as mulheres com SOP podem ter maior risco de desenvolver certos problemas de saúde, incluindo:

- diabetes tipo 2;
- níveis elevados de colesterol (os triglicerídeos-ácidos graxos na corrente sanguínea podem ser mais elevados do que o normal em algumas mulheres com SOP, enquanto que o HDL, o “colesterol bom”, pode ser inferior ao normal, o que pode aumentar o risco cardiovascular);
- pressão arterial elevada;
- fatores de coagulação do sangue elevados;
- ausência de fluxo menstrual seguida de hemorragias prolongadas e intensas;
- câncer do endométrio. A falta de ovulação por um longo período pode causar espessamento excessivo do endométrio (o revestimento do útero). Células anormais podem se acumular no revestimento do útero quando a mulher não menstrua com regularidade. Eventualmente, algumas dessas células anormais podem se tornar cancerígenas.

Os sintomas da SOP podem se assemelhar aos de outras condições de saúde ou problemas médicos. Consulte sempre uma médica ou médico para um diagnóstico.

Diagnóstico

O histórico médico completo e o exame físico são imprescindíveis para o diagnóstico de SOP. Exames laboratoriais e ultrassom transvaginal podem ser realizados para confirmar a SOP ou para descartar outras doenças. Exames de sangue são usados para detectar níveis aumentados de andrógenos e outros hormônios, além de poderem medir os níveis de açúcar no sangue, colesterol e triglicerídeos.

Às vezes, pode ser difícil diagnosticar a SOP com certeza por causa do modo como ela varia entre as pessoas e até mesmo ao longo dos anos de vida na mesma mulher.

Tratamentos médicos e cuidados próprios para a SOP

O tratamento específico para a SOP será determinado pela médica ou médico com base na sua idade, saúde geral e histórico de saúde. Além disso, serão consideradas a extensão do desequilíbrio e as expectativas de melhora, sua tolerância a medicamentos, procedimentos e terapias específicas, além de suas preferências. O tratamento também depende de se você quer ou não engravidar.

Para pessoas que não querem engravidar, o tratamento é focado nos sintomas e na prevenção de consequências desse problema a longo prazo. O tratamento pode incluir o seguinte:

- **Alimentação saudável:** uma dieta saudável com restrição de carboidratos simples, como pão, massa e pizza, e restrição de alimentos ultraprocessados.
- **Aumento da atividade física:** permite um uso mais eficiente da insulina e diminui os níveis de glicose no sangue, diminuindo também o risco de doença cardíaca e diabetes. Algumas mulheres com SOP que perdem peso começam a ter ciclos regulares.
- **Contraceptivos orais combinados:** a pílula pode ser prescrita para que os ciclos pareçam regulares e para diminuir andrógenos, controlar a acne, evitar a calvície ou o cabelo fino e diminuir os pelos faciais. No entanto, é importante dizer que contraceptivos orais não tratam SOP e podem, na verdade, mascarar o problema, porque o tratamento se dá com mudanças de estilo de vida.
- **Progesterona cíclica:** pode ser prescrita intermitentemente para garantir que as mulheres não ficarão muito tempo sem menstruar. Essa é uma opção para evitar a proliferação do endométrio, que pode acontecer por conta dos ciclos sem ovulação.
- **Espironolactona:** é uma possibilidade de tratamento para reduzir acne e pelos indesejados, porém tem limite de tempo para ser utilizada. Outros procedimentos, tais como clareamento, eletrólise e remoção de pelos a laser, também podem ser usados para diminuir os pelos faciais.
- **Medicamentos para a diabetes:** a metformina, um medicamento utilizado no tratamento da diabetes tipo 2, é frequentemente utilizada para diminuir a resistência à insulina na SOP. Alguns estudos preliminares de mulheres com SOP que são resistentes à insulina mostram que tais medicamentos também podem ajudar a reduzir os níveis de andrógenos, o crescimento dos pelos, acne, calvície e peso corporal, além de ajudar as mulheres a ovular mais regularmente.

Para mulheres que querem engravidar, o tratamento é focado na redução de peso e promoção da ovulação e pode incluir o seguinte:

- **Dieta saudável e aumento da atividade física.**
- **Percepção de fertilidade:** conhecer o próprio ciclo através de muco e temperatura corporal é uma ferramenta importante para entender sua janela de fertilidade nos ciclos ovulatórios e pode contribuir para alcançar uma gestação.
- **Medicamentos de indução da ovulação, tais como clomifeno:** esses medicamentos estimulam o ovário a fazer um ou mais folículos (sacos que contêm óvulos) e liberar o óvulo para a fertilização. Por vezes, a metformina também é utilizada para esse efeito.

- **Medicamento para diabetes:** alguns estudos sugerem que o uso de metformina é efetivo para que pessoas com SOP voltem a ovular e tenham sucesso em engravidar, sendo, inclusive, uma alternativa ao clomifeno.

NOTAS

1. Veja: a) William H. Parker, “Uterine myomas: management”. *Fertility & Sterility*, v. 88, n. 2, 2007. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028207014082>; b) Helena von Eye Corleta, Eunice B. M. Chaves, Miriam S. Krause e Edson Capp, “Tratamento atual dos miomas”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, n. 6, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/4mXdRJ4tm5YtDqbT7cpnq7K/?lang=pt>; c) Patricia Evans e Susan Brunzell, “Uterine fibroid tumors: diagnosis and treatment”. *American Academy of Family Physicians*, v. 75, n. 10, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17555142/>
2. Organização Mundial da Saúde, *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Module 4: diagnosis and treatment*, 2008.
3. Ian S. Fraser, Diana Mansour, Christian Breyman, Camille Hoffman, Ana Mezzacasa e Felice Petraglia, “Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 128, n. 3, 2015. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2014.09.027>
4. Anne Lethaby, Kirsten Duckitt e Cindy Farquhar, “Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 31, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000400.pub3/full>
5. Organização Mundial da Saúde, *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, 2015. Disponível em: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/en/
6. Andrew M. Kaunitz e Pirjo Inki, “The levonorgestrel-releasing intrauterine system in heavy menstrual bleeding: a benefit-risk review”. *Drugs*, v. 22, n. 2, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.2165/11598960-000000000-00000>
7. Magdalena B. Rodriguez, Anne Lethaby e Vanessa Jordan, “Progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 12, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002126.pub4/full>
8. Agem na cascata de coagulação reduzindo o sangramento.
9. Erik Berntorp, Christina Follrud e Stefan Lethagen, “No increased risk of venous thrombosis in women taking tranexamic acid”. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, v. 86, n. 2, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11522029>
10. Fundação Oswaldo Cruz, “Principais questões sobre HPV: prevenção, diagnóstico e abordagem”, 5 de março de 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-hpv-prevencao-diagnostico-e-abordagem/>

11. Jiayao Lei *et al.*, “HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer”. *The New England Journal of Medicine*, v. 383, n. 14, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1917338?articleTools=true>
12. A Cochrane é uma organização sem fins lucrativos, independente, que realiza revisões sistemáticas e meta-análises que ajudam nas tomadas de decisão em saúde.
13. Marc Arbyn, Lan Xu, Cindy Simoens e Pierre Martin Hirsch, “Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009069.pub3/full>
14. Lars Jørgensen, Peter C. Gøtzsche e Tom Jefferson, “The Cochrane HPV vaccine review was incomplete and ignored important evidence of bias”. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 23, n. 5, 2018. Disponível em: <https://ebm.bmj.com/content/23/5/165>
15. Entre os artigos, estão: a) Karsten J. Jørgensen *et al.*, “Suspicious of possible vaccine harms must be scrutinised openly and independently to ensure confidence”. *NPJ Vaccines*, v. 55, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41541-020-0202-9>; b) Peter C. Gøtzsche e Karsten Jørgensen, “JEMA’s mishandling of an investigation into suspected serious neurological harms of HPV vaccines”. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 27, n. 1, 2022. Disponível em: <https://ebm.bmj.com/content/27/1/7>; c) Lars Jørgensen, Peter C. Gøtzsche e Tom Jefferson, “Benefits and harms of the human papillomavirus (HPV) vaccines: systematic review with meta-analyses of trial data from clinical study reports”. *Systematic Reviews*, v. 9, n. 43, 2020. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-0983-y#citeas>
16. Instituto Nacional do Câncer (INCA), “Controle do câncer do colo do útero – conceito e magnitude”, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>
17. Instituto Nacional do Câncer (INCA), *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf
18. *Ibidem*.
19. Instituto Nacional do Câncer (INCA), “Controle do câncer do colo do útero – conceito e magnitude”, 2021.
20. *Ibidem*.
21. Rochelle F. Andreotti *et al.*, “O-RADS US risk stratification and management system: a consensus guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee”. *Radiology*, v. 294, n. 1, 2020. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2019191150>
22. D.A. Grimes *et al.*, “Oral contraceptives for functional ovarian cysts”. *Obstetrics & Gynecology*, v. 114, n. 3, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19701050/>
23. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)*. Ministério da Saúde, 2020.

24. Ministério da Saúde. *Portaria nº 144, de 31 de março de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Endometriose.*
25. G. Leyendecker *et al.*, “Adenomyosis and endometriosis. Re-visiting their association and further insights into the mechanisms of auto-traumatisation. An MRI study”. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, v. 291, n. 4, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-014-3437-8#citeas>
26. German Cano-Sancho *et al.*, “Human epidemiological evidence about the associations between exposure to organochlorine chemicals and endometriosis: Systematic review and meta-analysis”. *Environment International*, v. 123, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412018311887?via%3Dihub>
27. Vicki Nisenblat, Patrick M. Bossuyt, Cindy Farquhar, Neil Johnson e Marie Louise Hull, “Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis”. *Cochrane Database Systematic Reviews*, v. 2, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009591.pub2/full>
28. Charles Chapron, Louis Marcellin, Bruno Borghese e Pietro Santulli, “Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis”. *Nature Reviews – Endocrinology*, v. 15, 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41574-019-0245-z>
29. Adrienne Bonham, “Vulvar vestibulodynia: strategies to meet the challenge”. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 70, n. 4, 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2015/04000/Vulvar_Vestibulodynia__Strategies_to_Meet_the.19.aspx
30. Alin L. Akopians e Andrea J. Rapkin, “Vulvodynia: the role of inflammation in the etiology of localized provoked pain of the vulvar vestibule (vestibulodynia)”. *Seminars on Reproductive Medicine*, v. 33, n. 4, 2015. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1554919>
31. Jan Jeremias, William J. Ledger e Steven S. Witkin, “Interleukin 1 receptor antagonist gene polymorphism in women with vulvar vestibulitis”. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 182, n. 2, 2000. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(00\)70212-2/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(00)70212-2/fulltext)
32. Penelope Tympanidis, Giorgio Terenghi e Pauline Dowd, “Increased innervation of the vulval vestibule in patients with vulvodynia”. *British Journal of Dermatology*, v. 148, n. 5, 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2133.2003.05308.x>
33. Elke D. Reissing *et al.*, “Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome”. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, v. 26, n. 2, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443610400023106>
34. Michal Granot e Yoav Lavee, “Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome”. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 31, n. 4, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230590950208>
35. Joht S. Chandan *et al.*, “The association between exposure to domestic abuse in women and the development of syndromes indicating central nervous system sensitization: a retrospective cohort study using UK primary care records”. *European Journal of Pain*, v. 25, n. 6, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.1750>

36. A cartilha está disponível em: https://www.vaginismo.com.br/pdf/Por_que_minha_vulva_doi_Unicamp.pdf
37. Katherine Van Kessel, Nassim Assefi, Jeanne Marrazzo e Linda Eckert, “Common complementary and alternative therapies for yeast vaginitis and bacterial vaginosis: a systematic review”. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 58, n. 5, 2003. Disponível em: https://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2003/05000/Common_Complementary_and_Alternative_Therapies_for.24.aspx
38. Pabla Pérez San Martín, *Manual de introdução à ginecologia natural*. São Paulo: Livraria Edições e Produções Artísticas.
39. Cassiana A. Álvares, Terezinha I. E. Svidzinski e Márcia E. L. Consolaro, “Candidíase vulvo-vaginal: fatores predisponentes do hospedeiro e virulência das leveduras”. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 43, n. 5, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/zv8qWLFBRyXNHkby7QK3Yk/?lang=pt>
40. Margaret Watson *et al.*, “Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush)”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002845/full>
41. A cartilha está disponível em: <https://www.mulheres.org.br/cartilha-de-cuidado-na-candidiase-vaginal>
42. A publicação está disponível em: <https://soniahirsch.com.br/collections/all/products/candidiase>.
43. Vanessa Tanaka *et al.*, “Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose bacteriana, atendidas em um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, em São Paulo, SP”. *Anais de Dermatologia*, v. 82, n. 1, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/BpttZBJZkPgfGdmv3kMWGJL/?lang=pt>
44. Julia V. Bailey, Clare Farquar e Charlie Owen, “Bacterial vaginosis in lesbians and bisexual women”. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 31, n. 11, 2004. Disponível em: https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2004/11000/bacterial_vaginosis_in_lesbians_and_bisexual_women.10.aspx
45. Suzanne Hagen e Diane Stark, “Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women”. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2011. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003882.pub4/full>
46. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, “Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS)”. *Human Reproduction*, v. 19, n. 1, 2004. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/19/1/41/690226?login=false>
47. Erica Johnstone *et al.*, “The polycystic ovary post-rotterdam: a common, age-dependent finding in ovulatory women without metabolic significance”. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 95, n. 11, 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/95/11/4965/2835237?login=false>

ENTENDENDO O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A SAÚDE é um direito de todas as pessoas, e é dever do Estado executar políticas públicas para garantir o acesso universal e igualitário de toda a população aos serviços essenciais para os cuidados de que precisa.

A Constituição Federal de 1988 lançou as bases para a implementação, dois anos depois, do Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu por meio da Lei nº 8.080/1990. O SUS é o maior sistema de saúde público e gratuito do mundo, atendendo mais de 200 milhões de habitantes no Brasil.

Os atendimentos vão desde o cuidado integral e de saúde da família realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), passando pelas especialidades médicas ambulatoriais, como a ginecologia e a obstetrícia, até os mais complexos procedimentos, tais como o tratamento de câncer e o transplante de órgãos. O SUS também mantém o Programa Nacional de Imunização, reconhecido em todo o mundo como modelo para vacinação de grandes populações, e realiza, ainda, a vigilância sanitária para monitorar e proteger a saúde de todas e todos nós por meio de operações de regulação e fiscalização epidemiológica e ambiental, entre outras. No entanto, o acesso aos serviços de saúde por si só não garante que os cuidados que recebemos sejam adequados, ou mesmo efetivos, em termos médicos e culturais. Para podermos exigir uma boa qualidade dos serviços precisamos entender como esse sistema funciona.

Essa tarefa complexa é um pouco mais fácil quando conhecemos nossos direitos e as opções de planos de saúde, quando temos acesso a profissionais da área de saúde em que confiamos e quando sabemos como encontrar informações precisas e atualizadas.

Este capítulo aborda alguns dos fatores sociais, políticos e econômicos que afetam nossa saúde e a qualidade dos cuidados médicos que recebemos. Além disso, trata do que podemos fazer como indivíduos para que possamos ter acesso a um atendimento adequado quando se trata de saúde sexual e reprodutiva de mulheres.

SABER QUANDO PROCURAR AJUDA MÉDICA

Todos os dias tomamos decisões que afetam nossa saúde, como, por exemplo, prender o cinto de segurança, usar camisinha ou fumar. Essas escolhas, incluindo o

que comemos e como lidamos com o estresse, podem ter grandes efeitos no nosso bem-estar e na necessidade de cuidados médicos.

Independentemente das escolhas que fazemos, quase todas nós, em algum momento, recorreremos a profissionais de saúde para aconselhamento ou tratamento. Às vezes, é necessária uma equipe de profissionais da saúde para gerenciar diferentes aspectos do atendimento e coordenar diferentes serviços e planos de tratamento médico.

Quando se trata de saúde sexual e reprodutiva, entender quando precisamos de cuidados pode às vezes ser difícil, porque a maioria dos problemas da saúde reprodutiva e da sexualidade não são necessariamente doenças ou distúrbios. Às vezes, os cuidados médicos podem levar à medicalização, o que significa que processos normais do corpo, como menstruação, parto e menopausa, passam a ser definidos como doenças que precisam de intervenção médica e monitoramento rigoroso. A medicalização pode acabar com a confiança que temos em nossos corpos e nos expor a riscos desnecessários, além de fazer com que gastemos dinheiro com tratamentos médicos, muitas vezes sem precisar.

Por outro lado, profissionais de saúde são frequentemente necessárias/os para determinar se um sintoma que nos preocupa é normal ou um sinal de problema. E devemos contar com a experiência e o conhecimento dessas/es profissionais quando enfrentamos doenças, temos dores crônicas ou lesões. A subutilização dos cuidados de saúde nessas situações pode levar a resultados preocupantes ou aumentar o custo final de nossos tratamentos.

TOMANDO DECISÕES SOBRE NOSSA SAÚDE

Tomar decisões assertivas com relação à saúde pode ser algo desafiador. Uma boa decisão envolve coletar e avaliar informações, assim como entender o que é importante para você. Além disso, é necessário encontrar os recursos necessários para maximizar a qualidade dos cuidados que você recebe e lidar com os custos associados a eles. Todos os testes e tratamentos médicos têm efeitos positivos e negativos em potencial, e cada uma de nós avalia esses efeitos em potencial de maneira diferente.

Os benefícios de um exame ou tratamento podem incluir:

- obter informações importantes sobre sua saúde;
- evitar uma gravidez indesejada;
- conseguir engravidar;
- interromper uma gestação nos casos permitidos por lei (resultado de estupro, em caso de anencefalia fetal ou outra condição que coloque em risco a sua vida);
- aliviar sintomas;
- melhorar seu desempenho no trabalho ou em atividades de lazer;

- adquirir informações que permitirão que você faça melhores escolhas em relação à sua saúde e assistência médica;
- aumentar sua chance de viver mais.

Devemos equilibrar a probabilidade desses benefícios considerando possíveis efeitos negativos, entre os quais estão:

- a possibilidade de o tratamento ser ineficaz;
- a possibilidade de o exame fornecer informações não confiáveis que possam exigir testes mais caros ou mais arriscados para confirmação ou até levar a um tratamento desnecessário;
- o impacto na capacidade de conceber e ter uma gravidez saudável ou de amamentar uma criança no futuro;
- o impacto na sexualidade ou imagem corporal;
- uma maior chance de problemas de saúde no futuro, como risco de câncer devido a radiação ou certos tratamentos hormonais;
- o impacto nos sistemas de apoio familiar e comunitário;
- os custos financeiros;
- implicações na capacidade de trabalhar;
- dor e desconforto;
- efeitos emocionais.

Para alguns tratamentos, especialmente os mais recentemente desenvolvidos, os efeitos a longo prazo são incertos. Mesmo quando existem pesquisas disponíveis, é mais provável que elas abordem os efeitos físicos do que o bem-estar emocional, os efeitos na família e no trabalho ou os custos financeiros. Como resultado, muitas vezes precisamos fazer escolhas com relação a cuidados de saúde sem ter todas as informações necessárias.

Nossas escolhas importam porque, se recebermos o tratamento errado, em excesso ou de forma insuficiente, nossa saúde poderá sofrer graves consequências. Além disso, o cuidado correto para uma mulher pode não ser o mesmo para todas as outras mulheres. Muitos dos desafios para obter o atendimento correto em tempo hábil podem não estar sob seu controle. Você pode não ter tempo ou dinheiro para marcar consultas, realizar exames e iniciar tratamentos; pode haver erros em seu prontuário médico que levam a atrasos no tratamento; profissionais da saúde podem não lhe falar sobre toda a gama de opções devido a conflitos de interesses financeiros ou por falta de atenção, simplesmente por estarem muito ocupadas. Precisamos defender mudanças no sistema, reconhecendo suas limitações e fazendo as melhores escolhas possíveis com os recursos disponíveis.

Procurei atendimento médico porque sentia uma ardência horrível durante o sexo. A médica me passou um exame para ver se alterações celulares na minha vagina poderiam estar levando à secura. O resultado mostrou uma infecção bacteriana e alterações celulares condizentes com uma inflamação, que ela disse terem sido provavelmente causadas pela infecção. Ela receitou um antibiótico e a dor passou em uma semana. Um tempo depois, a médica insistiu que eu fizesse o exame Papanicolau a cada três meses, apenas para o caso de as alterações celulares serem de células anormais que “caíram do meu colo do útero”. Eu tinha pesquisado muito sobre meus sintomas e sobre esse tipo de infecção. Falei com algumas amigas que tinham formação médica e todas concordaram que fazer Papanicolau tão frequentemente era um exagero, especialmente porque eu era de baixo risco (eu era monogâmica com meu parceiro). Recebi vários telefonemas e até uma carta do consultório médico lembrando que eu “precisava” dos exames de Papanicolau. Eu sei que eles estavam apenas se prevenindo no caso de eu ter câncer de colo do útero e os processar por isso, mas sei também que tomei a decisão certa. Realizei os exames de Papanicolau com a frequência normal e estou sem dor há quase uma década desde então.

COMO A LEGISLAÇÃO ORGANIZA O ACESSO DAS MULHERES AOS SERVIÇOS PÚBLICOS E AOS PLANOS DE SAÚDE

As condições para a organização e o funcionamento dos serviços públicos de saúde no Brasil estão descritas na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990) e incluem as regras para o atendimento complementar que é prestado pela iniciativa privada e os planos de saúde. As mulheres são o grupo populacional que mais utiliza os dois setores do sistema de saúde do Brasil.

No setor privado, as políticas e protocolos de assistência à saúde das mulheres e os pacotes de serviços que são oferecidos podem variar bastante de acordo com a empresa e a idade da cliente. É a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regula as práticas clínicas e de mercado exercidas pelas empresas e prestadores de serviços conveniados aos planos médico-hospitalares.

Já no SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, implementada desde 2004, estabelece e garante a cobertura de uma série de procedimentos que incluem desde os cuidados e aconselhamento em planejamento familiar/reprodutivo, passando pelo atendimento ao pré-natal, aborto, parto e cuidados com a bebê no primeiro ano de vida, até a prevenção, o diagnóstico e o controle de infecções sexualmente transmissíveis e dos cânceres de mama e útero. Prevê ainda o

acolhimento emergencial para violência de gênero e violência sexual, a profilaxia para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e para a contracepção de emergência e o aborto previsto em lei nesses casos. Há permissão legal também para a interrupção de gestação de feto anencefálico ou quando a gestação representa risco à vida materna.¹ A assistência à saúde mental das mulheres também está prevista, assim como o estabelecimento de rotinas e programas orientados para o atendimento de mulheres negras, indígenas, imigrantes e com deficiências.

Como o SUS é organizado

O SUS é organizado de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Sua implementação tem como base as diretrizes da hierarquização, descentralização, com direção única em cada esfera de governo e participação da comunidade.

Federal: Ministério da Saúde

Estadual: Secretaria Estadual de Saúde

Municipal: Secretaria Municipal de Saúde

No princípio da **universalidade** está a garantia de que o sistema de assistência é para todas e todos, diferente de quando essa garantia era restrita às pessoas que estavam no mercado formal de trabalho, tinham suas carteiras de trabalho assinadas e recolhiam para a Previdência Social.

O princípio da **equidade** visa a diminuir as desigualdades. Isso significa que os grupos desiguais merecem tratamento especial, pois têm necessidades diferentes.

O princípio da **integralidade** orienta no sentido de que as pessoas sejam o centro da atenção e devem ser tratadas pelos serviços como um todo e não de forma fragmentada. Isso quer dizer que todas as necessidades da população e dos indivíduos devem ser atendidas nos aspectos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Pressupõe ainda a articulação da saúde com outras políticas públicas geradoras de qualidade de vida e melhoria dos níveis de saúde.

Há níveis de atenção segundo cada necessidade. A rede de serviços do SUS é hierarquizada e descentralizada, contando com equipes de saúde da família, postos e centros de saúde, que realizam a atenção básica, e os hospitais públicos, filantrópicos e privados, clínicas especializadas e laboratórios, que atendem às necessidades consideradas de média ou alta complexidade.

BUSCANDO AJUDA PARA ENCONTRAR UM PLANO MÉDICO-HOSPITALAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar mantém em seu site e aplicativo para smartphone (ANS Móvel) informações sobre os diferentes planos e operadoras disponíveis. Clientes e pessoas interessadas podem acessar a lista de produtos disponíveis no mercado e suas principais características, tais como carência, cobertura e abrangência. Há uma série de tutoriais em vídeos e cartilhas que apoiam as consumidoras em sua pesquisa para indicar a melhor operadora e plano de saúde para atender suas necessidades.

No site da ANS, a seção chamada “Espaço do consumidor” apresenta orientações essenciais para clientes ou pessoas interessadas em adquirir um plano de saúde. Também é possível registrar reclamações e acessar a lista de consultas, exames e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer. A lista, denominada “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, é atualizada a cada dois anos e é válida para todos os contratos celebrados a partir de 1999, assim como para aqueles anteriores que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98).

Há ainda uma seção especial intitulada “Parto na Saúde Suplementar – Conheça seus Direitos”, que disponibiliza a situação das porcentagens de cesárea e parto normal praticadas por instituições e profissionais, além de outras informações, como cartão da gestante, termo de consentimento para realização de cesárea e instrução quanto à cobrança indevida de “taxa de disponibilidade” para o atendimento ao parto. A iniciativa é um dos componentes do projeto “Parto Adequado”, que foi criado em 2015 pela ANS para enfrentar o problema do excesso de cesáreas na saúde suplementar, em resposta à ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal motivada pelo contexto do número excessivo de cesáreas praticadas no setor suplementar de saúde brasileiro – bem acima dos níveis mundialmente aceitáveis.²

COMO DEFINIR O MELHOR PLANO PARA ATENDER SUAS NECESSIDADES

As regras variam de acordo com o tipo de contrato, que pode ser: individual ou familiar (quando você mesma procura a operadora para contratar um plano), coletivo empresarial (quando a empresa em que você trabalha contrata o plano para você) ou coletivo por adesão (quando a associação profissional ou sindicato contrata o plano para você). Antes de efetuar a contratação, é preciso considerar quantas pessoas usarão o plano e a idade dessas pessoas.

Depois, você deverá selecionar onde deseja ser atendida: se em todo o território nacional ou apenas em uma região ou município. E, finalmente, selecionar o tipo de atendimento para o qual você deseja cobertura: se apenas ambulatorial (consultas, exames e terapias) ou também com internação hospitalar. Os planos

hospitalares podem incluir ou não a cobertura para o parto. E há ainda planos exclusivamente odontológicos.

De acordo com a ANS, cada plano de saúde atende com sua rede própria de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde. A orientação é pesquisar e comparar o que está disponível no mercado para então escolher o melhor plano. A ANS determina que as operadoras mantenham informações atualizadas na internet sobre suas redes de prestadores de serviços.

PLANOS DE SAÚDE POPULARES

O número de brasileiros que contratam planos de saúde suplementar vem diminuindo desde 2015 e, em 2020, o setor totalizava 47 milhões de clientes. Com a flexibilização das leis trabalhistas dos últimos anos, além da crise econômica e do aumento do desemprego, a venda de “assinaturas de desconto” em consultas e exames tem ganhado espaço no mercado nacional.

Graças à oferta flexível de produtos e serviços, as assinaturas de desconto (ou micropianos de saúde) têm sido recomendadas para pessoas saudáveis que eventualmente precisam de consultas de rotina. Os preços são bastante atrativos, mas é preciso cautela na hora de contratar, pois, na maioria dessas empresas, os descontos não são aplicáveis a internações hospitalares ou procedimentos cirúrgicos.

CUIDADO A IMIGRANTES, ESTRANGEIRAS E REFUGIADAS

O acesso gratuito a serviços de saúde é direito de toda cidadã e cidadão em território nacional, mesmo sem a apresentação do cartão SUS ou de qualquer outro documento pessoal de identificação. Por isso, o atendimento a imigrantes, pessoas estrangeiras e refugiadas está garantido pelo SUS – com exceção das pessoas que vivem em cidades de fronteira, as quais seguem regulações especificamente determinadas. De toda forma, no livro *Migração, refúgio e saúde*, os autores destacam que a experiência de “ter um cartão do SUS faz toda a diferença em como você se situa na sociedade que está te acolhendo”.³

Além do atendimento em saúde nas UBS, pessoas refugiadas ou solicitando refúgio também podem acessar programas de Proteção Social do governo brasileiro. Para isso, é preciso ir até um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e realizar o cadastro no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Apesar da existência das políticas públicas, muitas são as barreiras encontradas para obter assistência de qualidade e culturalmente sensível. Discriminação, problemas em compreender as orientações médicas em outro idioma, assim como as diferenças de costumes e religião, podem afetar a forma como entendemos e praticamos os cuida-

dos em saúde. E, especialmente em casos de migração forçada, há ainda os desafios psicológicos, sociais e econômicos típicos da expatriação.

Algumas entidades que apoiam pessoas em situação de migração no Brasil

Para apoiar as pessoas em situação de migração pelo Brasil, algumas entidades mantêm programas de acolhimento, além de oferecer informações e consultoria jurídica. Entre elas estão:

- **Missão Paz:** missaonspaz.org
- **Cáritas:** caritas.org.br
- **Programa de Apoio para a Recolocação dos Refugiados (PARR):** refugiadosnobrasil.org
- **África do Coração:** africadocoracao.org
- **Instituto de Migrações e Direitos Humanos (IMDH):** migrante.org.br
- **Grupo de Assessoria a Imigrantes e a Refugiados (GAIRE):** www.ufrgs.br/gaire
- **Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITCC):** itcc.org.br/

FONTES DE INFORMAÇÕES

MONITORANDO SUA PRÓPRIA SAÚDE

Pode ser útil manter um registro de sintomas, gatilhos ou comportamentos que afetam seu problema de saúde e, assim, rastrear a eficácia e os efeitos colaterais dos tratamentos. Ter essas informações com você é uma maneira de aproveitar ao máximo suas consultas médicas.

Existem muitas maneiras de monitorar sua saúde. O rastreamento do seu ciclo menstrual e os sinais de ovulação podem ajudá-la a gerenciar problemas relacionados à menstruação, a conseguir engravidar ou a evitar uma gravidez indesejada. Fazer um diário e registrar informações sobre seus sintomas pode ajudar a perceber o que desencadeia sua dor, o que a piora ou a melhora. Se você começou a tomar um novo medicamento, manter um diário de seus sintomas e efeitos da medicação pode ajudar a determinar se o tratamento está funcionando e a identificar possíveis efeitos colaterais. O rastreamento de seus hábitos nutricionais ou atividade física pode facilitar a realização de alterações a longo prazo.

Um simples diário geralmente funciona bem, mas você também pode comprar calendários e agendas mais sofisticadas com conteúdo informativo de educação em saúde e autoconhecimento. Existem também muitos aplicativos para celular, relógios inteligentes e sites de saúde que foram criados especificamente para esse fim.

Um benefício das ferramentas on-line de gerenciamento da saúde é que pessoas com problemas semelhantes podem monitorar as informações de forma conjunta e apoiar-se mutuamente na busca pelos melhores planos de tratamento. Aplicativos como o Clue, Flo, Glow e Ovoview permitem que você faça um gráfico do seu ciclo de ovulação, e, se desejar, você pode compartilhar suas informações com amigas ou sua médica. Já o site *BabyCenter* (brasil.babycenter.com) permite que as usuárias registradas monitorem os sintomas da gravidez e acompanhem o desenvolvimento da criança. O portal também mantém um fórum on-line com conversas agrupadas por temas, promovendo a troca de experiências sobre sintomas, tratamentos e relatos de condutas médicas.

É importante destacar que vários sites e aplicativos vendem os dados pessoais e de saúde (sem informações de identificação pessoal) para empresas farmacêuticas, que normalmente os usam para checar a segurança dos remédios e procurar novos usos para medicamentos. Revise cuidadosamente cada política de privacidade⁴ para garantir que suas informações pessoais de saúde estejam seguras.

Não aguentava mais a queimação em minha vulva (vulvodínia). Era uma dor excruciante. Isso não apenas inibiu completamente minha vida sexual, mas acabou dominando minha vida em geral, pois eu mal conseguia andar. Como os serviços de saúde e medicina tradicionais não adiantaram (muitas vezes piorando a dor), eu encontrei em comunidades on-line inúmeras informações e pessoas com o mesmo problema que eu. Por estar desesperada e usar os sites para comparar meus sintomas com os de outras mulheres, finalmente pude descobrir fatores hormonais estruturais e encontrar tratamentos que funcionassem.

Alguns sites publicam anúncios de medicamentos ou outros produtos de saúde e muitos aceitam financiamento de empresas que fabricam medicamentos e dispositivos de saúde. Quando os sites aceitam financiamento de empresas farmacêuticas, por exemplo, isso pode influenciar o conteúdo disponível neles ou dificultar a identificação de informações confiáveis. Fique atenta!

Para que você possa tomar boas decisões, são necessárias informações precisas sobre sua saúde e sobre toda a gama de opções de assistência médica disponíveis. O mais importante é ouvir e confiar no que seu corpo diz. Conhecer seus sintomas, entender problemas de saúde anteriores ou contínuos, saber como está a saúde da pessoa que é sua parceira sexual, aprender e registrar o máximo de informações possível sobre o histórico familiar pode ajudá-la a entender melhor sua saúde atual e melhorar sua comunicação com profissionais de saúde.

INFORMAÇÕES DADAS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Discutir problemas de saúde com profissionais da área médica pode ser extremamente satisfatório, frustrante ou algo entre um e outro extremo. Quando uma profissional examina cuidadosamente seu histórico de saúde e sintomas atuais e discute com você seus valores, prioridades e preocupações, ela pode te ajudar a tomar decisões e a fazer a melhor escolha para você.

Quando não conseguimos ouvir o batimento cardíaco de meu bebê na minha consulta pré-natal de dez semanas, fiz um ultrassom e descobri que havia sofrido um aborto. Minha médica me ofereceu remédios ou uma curetagem para concluir o aborto e também me disse que eu poderia esperar e ver se meu corpo faria isso sozinho. Pedi um ou dois dias para pensar e ela me disse que eu poderia fazer isso com calma. Li os prós e contras de cada opção e conversei com uma amiga, que era parteira. Tive meu primeiro filho em casa, naturalmente, e realmente senti que também queria concluir aquela gravidez naturalmente, por isso decidi esperar. Mas depois de duas semanas, nada havia acontecido. Àquela altura, os riscos pareciam aumentar e eu estava passando por um momento emocionalmente difícil por conta daquele estado de limbo. Então, optei pela curetagem. Eu acho que teria sido a escolha errada para mim se a tivesse feito logo após ter descoberto o aborto, mas no final foi a escolha certa.

Embora tenham muito a oferecer, profissionais de saúde podem ter suas orientações influenciadas por:

- incentivos financeiros embutidos no sistema de gestão cooperativa do plano de saúde que as/os recompensam pelo uso de procedimentos e prescrições ao invés de pela orientação médica e cuidados preventivos;
- pressões ou uma influência mais sutil de representantes de empresas farmacêuticas para que recomendem certos medicamentos ou aparelhos, ao invés de outros que poderiam ser mais adequados;
- “padrões de atendimento” que demonstraram ser os mais eficazes para a maioria, mas que podem não ser adequados para todas as pessoas;
- falta de qualificação para elaborar tratamentos individuais para pacientes ou falta de tempo para se atualizar sobre as pesquisas recentes;
- impossibilidade de recomendar certos testes ou cuidados preventivos se o plano de saúde não cobri-los;
- medo de uma ação judicial por conta de um diagnóstico errado ou de um resultado não esperado, o que pode levar hospitais e profissionais a fazer exames e realizar tratamentos em excesso;

- desconfiança da capacidade das pacientes de entender informações complexas ou fazer um bom uso delas;
- sexismo, racismo, homofobia e preconceito de classe como resultado da maneira como se deu sua formação acadêmica ou criação;
- atitudes negativas ou falta de conhecimento em relação à prevenção, autocuidado, procedimentos menos invasivos, alternativas não médicas e Medicina Complementar.

É comum querermos confiar nos conselhos de profissionais da saúde e sempre aceitá-los. Embora isso possa parecer reconfortante, você poderá receber melhores cuidados se buscar bastante informação, fizer perguntas e pensar que a relação com a pessoa profissional da saúde que cuida de você é uma relação de parceria, na qual decisões são tomadas de forma conjunta. Um jeito de obter o melhor tratamento personalizado é mudar a maneira com que lidamos com a prestação de cuidados de saúde. E isso requer coragem, pois nos gera insegurança e nem sempre essa mudança é bem-vista por profissionais de saúde.

Meu filho tinha apenas sete semanas e eu estava amamentando quando me pareceu que meu duto de leite estava entupido. Depois de dois dias de muita dor, fiz um ultrassom e minha ginecologista encontrou um abscesso. Ela, de forma muito atenciosa, me disse que eu precisava de cirurgia e teria que parar de amamentar imediatamente. Ela receitou medicamentos para secar meu leite e agendou a cirurgia para o dia seguinte.

Fiquei arrasada com a ideia de interromper a amamentação. Liguei para minha amiga, uma enfermeira especializada em pediatria e consultora de lactação, e ela mencionou que tinha ouvido falar de casos em que as mulheres continuavam amamentando durante e após a cirurgia. Quando minha ginecologista ligou naquela noite para saber como eu estava, perguntei se isso era possível. Ela me disse que isso raramente acontecia, porque o risco de inflamação é alto, mas ela me ouviu quando expressei o quanto era importante para mim continuar amamentando. No final, concordamos em tentar, porque senti que queria correr o risco.

A recuperação foi bastante intensa, pois para que o leite não me causasse uma infecção, a incisão teve que cicatrizar de dentro para fora. Uma enfermeira vinha duas vezes por dia para limpar e fazer curativos para impedir que o duto se fechasse. Cada vez que ela mexia, saíam jatos de leite. Mas meu peito sarou relativamente rápido e, dois anos depois, ainda estou amamentando meu filho.

A questão do tempo

Tanto no setor público quanto no privado, o Brasil apresenta uma grande variedade de serviços de saúde, com uma média de tempo de duração das consultas de sete a oito minutos, incluindo consultas que duram poucos minutos até outras que duram uma hora ou mais. Estudos mostram que consultas curtas aumentam a quantidade de medicamentos prescritos e as pessoas apresentam mais dificuldades em compreender suas situações de saúde. Além disso, o excesso de consultas por dia de trabalho resulta em uma piora da qualidade de vida por parte das profissionais de saúde e, conseqüentemente, também do atendimento.

No setor público, a assistência à saúde das mulheres é prestada por médicas generalistas e por enfermeiras. Os três maiores desafios para as usuárias são: conseguir agendamento de uma consulta (dependendo da região, pode levar meses), o tempo de espera no dia da consulta e o tempo da duração da consulta em si, que muitas vezes não é suficiente para conversar sobre a saúde de uma forma mais integral.

No setor privado, geralmente as consultas de saúde sexual e reprodutiva são realizadas por médicas especializadas em ginecologia e obstetrícia, o que tira das mulheres a oportunidade de serem atendidas por profissionais com um olhar mais amplo para a saúde. A baixa remuneração por hora de consulta paga pelos convênios médicos leva profissionais a manter uma agenda cheia de consultas realizadas rapidamente, com um excesso de pedidos de exames de diagnóstico e conseqüente excesso de intervenções e medicalização.

Seja no setor público ou no privado, percebemos que o tempo é um desafio para dar conta de todas as demandas que surgem em uma consulta de saúde. Frente a esses desafios, existem alguns modelos interessantes de assistência à saúde que achamos importante você conhecer.

Estratégia Saúde da Família: é a estrutura primária da saúde pública no Brasil. Cada pessoa é referenciada à Unidade Básica de Saúde mais perto da sua casa, onde tem acesso a uma equipe de saúde da família composta por profissional médica (de família e comunidade ou clínica geral), enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias. Cada equipe acompanha entre 3.000 e 4.000 pessoas moradoras do mesmo bairro. É com essa equipe de profissionais que você realizará seus exames preventivos ginecológicos, poderá discutir métodos contraceptivos, realizará o pré-natal se estiver grávida e verá qualquer outra situação de saúde. Quando a equipe julgar que é recomendável o acompanhamento por especialista, você será encaminhada para o ambulatório necessário.

Enfermeiras e obstetizes: são fundamentais para pensar uma boa assistência às mulheres. São profissionais com um custo menor e com maior disponibilidade para consultas mais longas. Também podem ter uma formação mais aprofundada em cuidados preventivos, terapias complementares e educação em saúde. Além disso, estão preparadas para detectar possíveis intercorrências de saúde que precisam ser vistas por profissionais da área. O SUS oferece consultas e atendimentos com essas profissionais e devemos pressionar a saúde suplementar para que aumente a oferta desse tipo de consulta em função da avaliação positiva dessa experiência por parte das mulheres.

Consultas coletivas: esse modelo existente em outros países é relativamente novo no Brasil e vem crescendo gradualmente, principalmente na área da saúde das mulheres. Consultas coletivas de pré-natal, pós-parto e planejamento reprodutivo vêm sendo uma experiência proposta por equipes multidisciplinares com resultados bastante satisfatórios, tanto para as usuárias quanto para as profissionais.

GRUPOS DE APOIO, AUTOCUIDADO E AUTOAJUDA

Existem vários tipos de grupos dos quais você pode participar para aprender e discutir sobre saúde e tratamentos. Participar de um grupo nos dá a oportunidade de conversar com outras pessoas em situação similar à nossa, trocar ideias, sentir-nos menos sozinhas, motivar umas às outras e, algumas vezes, aprender novas técnicas de autocuidado. Os grupos de autoajuda baseiam-se na crença de que somos capazes de entender informações médicas e na compreensão de que as informações sobre a nossa saúde nos pertencem e que podemos aprender mais coletivamente do que individualmente. Quando esses grupos não são vinculados a instituições e profissionais de saúde, podemos questionar abertamente os tratamentos médicos que nos foram indicados, além de explorar terapias alternativas.

Há profissionais de saúde, centros médicos e hospitais que oferecem grupos ou aulas sobre uma ampla variedade de assuntos ligados à nossa saúde. Esses grupos geralmente enfatizam o autocuidado e o que podemos fazer para gerenciar os cuidados de saúde que recebemos de nossas médicas e médicos. Grupos de apoio local também são oferecidos por organizações sem fins lucrativos, como o Instituto Oncoguia, a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil) e o Grupo de Apoio à Portadora de Endometriose e Infertilidade (Gapendi). A Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa mantém uma lista com mais de 70 grupos de apoio ao parto em diversas cidades e regiões do país. Se o tipo de grupo que você procura ainda não existe na sua região, considere iniciá-lo você mesma.

Cada vez mais, as mulheres estão fazendo parte de grupos de apoio on-line. Graças às novas tecnologias, podemos nos conectar com pessoas que podem vir a ser um grupo de apoio, assim como uma fonte de informações. Se você tem uma doença rara que não afeta muitas pessoas ou tem sua mobilidade comprometida, a internet talvez seja sua melhor fonte de apoio, pois você pode se conectar com pessoas que se encontram nas mesmas condições que você.

Tive que passar quatro longos meses de repouso completo e, graças à minha comunidade on-line, tive pessoas com quem pude conversar, pessoas que entendiam minha situação, ou seja, outras mães passando pela mesma experiência que eu. Não nos sentimos mais sozinhas. Era também uma fonte de esperança, uma verdadeira luz no fim do túnel, pois víamos pessoas que tinham superado o problema pelo qual estávamos passando. E nós apenas tivemos que persistir e apoiar umas às outras.

Dicas para encontrar um bom grupo de apoio on-line incluem:

- Procurar sites que contenham informações sobre o que você está procurando. Verifique se algum grupo é mencionado.
- Se você encontrar um grupo on-line, consulte as discussões anteriores (se disponíveis publicamente) para ver se o grupo é ativo. Quando foi a postagem mais recente? O grupo tem quantas pessoas? Uma única pessoa faz a mediação de toda a discussão? As pessoas que participam se apoiam?
- Antes de participar, reserve um tempo para ouvir sobre o que as pessoas estão falando. Avalie se esse é um espaço seguro para compartilhar suas perguntas, preocupações e conhecimentos.
- Se você encontrar grupos que atendam às suas necessidades, lembre-se de que há uma grande variedade de opiniões sobre um determinado tópico e que não há problema se as pessoas discordarem umas das outras. Mas é preciso que sempre haja respeito.
- Valide as informações. Lembre-se de que as pessoas que postam não têm necessariamente conhecimento ou experiência médica. Converse com a pessoa profissional de saúde que cuida de você e fale sobre essas novas informações que você adquiriu, ou verifique-as em outra fonte de sua confiança.
- Leia a política de privacidade do grupo para ver se há censura de determinados pontos de vista.
- Lembre-se sempre de que, depois de postar informações, você não pode controlar para onde elas vão ou quem as lê.

PROPAGANDAS DE MEDICAMENTOS DIRECIONADAS ÀS CONSUMIDORAS

Minha médica contou-me que eu tinha uma alta probabilidade de ter um câncer de mama invasivo. Eu respondi que queria reduzir essa probabilidade.

Anúncio de um medicamento para osteoporose

O único método contraceptivo comprovado no tratamento de distúrbios disfóricos pré-menstruais.

Anúncio de YAZ

Tenho orgulho dele porque ele pediu Viagra... eu o amo porque ele fez isso por nós.

Anúncio de Viagra

Anúncios de medicamentos prescritos e vendidos sem receita estão em toda parte: na internet, na TV, em outdoors e em revistas. Alguns desses anúncios prometem não apenas solucionar nossos problemas médicos, mas também nos trazer satisfação, felicidade e uma boa vida. Outros anúncios dialogam com os medos que temos. A mensagem implícita é esta: você pensa que está saudável, mas um ataque cardíaco fatal, uma fratura no quadril ou alguma outra catástrofe médica pode ocorrer a qualquer momento. Portanto, você deve tomar um medicamento para evitar esses problemas.

As empresas farmacêuticas afirmam que a publicidade direta ao consumidor é boa, porque os anúncios educam o público e incentivam as pessoas a se envolver mais em suas escolhas médicas. No entanto, essas empresas têm um sério conflito de interesses quando se trata de educar o público: elas lucram quando convencem as pessoas a tomar seus remédios. Quanto mais pessoas usarem seus produtos, mais lucro essas empresas terão. Em 2005, somente nos Estados Unidos, a indústria farmacêutica gastou 4,2 bilhões de dólares em publicidade de medicamentos direcionada aos consumidores. No Brasil, em 2015, de acordo com a Federação Brasileira das Redes Associativistas e Independentes de Farmácias (Febrafar), o setor farmacêutico destinou mais de 8 bilhões de reais para publicidade e mídia.

O principal público-alvo desses anúncios são as pessoas saudáveis que podem ser persuadidas a tomar uma medicação para o resto de suas vidas. O excesso de vendas de hormônios na pós-menopausa, por conta da descrição da menopausa como uma “doença de deficiência hormonal” que precisa de “terapia de reposição hormonal”, foi a precursora desse tipo de discurso de vendas, que agora permeia a mídia.

Envelhecimento, transtorno de ansiedade social, azia, síndrome das pernas inquietas e bexiga hiperativa são exemplos de sintomas ou eventos fisiológicos normais que agora são apresentados ao público como fatos que necessitam de tratamento medicamentoso de longo prazo.

Precisamos reconhecer práticas enganosas de marketing farmacêutico e basear nossas decisões de tratamento em evidências cientificamente comprovadas. Seja especialmente cética em relação a medicamentos com muita publicidade e àqueles que vêm com cupons de desconto ou amostras grátis. São os medicamentos mais novos e mais caros, com o menor histórico de segurança. A *Food and Drug Administration* (FDA), organização estadunidense que corresponde à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do Brasil, não exige que novos medicamentos sejam comprovados como melhores do que os medicamentos concorrentes, geralmente mais baratos, já disponíveis no mercado – o mesmo ocorre por aqui. Além disso, os testes de medicamentos geralmente não duram mais do que alguns meses e os estudos de segurança são realizados a longo prazo, com monitoramento dos resultados da medicação já sendo usada pela população em geral. Portanto, problemas com o uso a longo prazo podem não aparecer até anos após a aprovação da FDA ou da Anvisa.⁵

INFORMAÇÕES ON-LINE SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE

Embora a quantidade de material disponível na internet seja grande, a qualidade das informações é muitas vezes questionável. Alguns sites promovem medicamentos duvidosos, convencionais e alternativos, alguns se preocupam apenas em vender seus produtos, e outros são influenciados por empresas farmacêuticas, sociedades profissionais e demais anunciantes que os apoiam.

Abaixo estão algumas perguntas a serem feitas para ajudar a avaliar a qualidade das informações de saúde encontradas on-line:

Quem é responsável pelo conteúdo do site?

Sites de qualidade devem informar quem é responsável pela página e pelo conteúdo ali postado. Procure pela aba “Quem Somos” ou “Sobre Nós”. Também é necessário entender se as informações são fornecidas por alguém da área da saúde, uma pessoa que tenha alguma formação médica ou uma porta-voz profissional, por exemplo, para que você possa avaliar melhor o conteúdo. Se não houver informações disponíveis sobre quem é o proprietário do site ou quem desenvolve o conteúdo, tenha cuidado.

Quem paga pelo site?

É importante ter em mente que financiamentos para sites ou para criadores de conteúdo podem interferir no material publicado. O site vende publicidade? Vende

produtos ou serviços? É patrocinado por uma empresa farmacêutica? É financiado por concessões de empresas ou por doações? (As organizações sem fins lucrativos geralmente são financiadas dessa maneira.) A fonte de financiamento pode afetar deliberadamente o conteúdo apresentado. Por exemplo, informações patrocinadas por empresas farmacêuticas tendem a desvalorizar ou ignorar abordagens de terapias complementares ou não farmacológicas (que podem ser úteis e eficazes) e demoram a apresentar alternativas inovadoras ou tratamentos preventivos. Tente descobrir se as pessoas que criam o conteúdo do site, ou os donos, têm interesse financeiro ou qualquer outra coisa a ganhar, privilegiando um ponto de vista em detrimento de outro.

Existem pesquisas que sustentam as informações do site?

Muitos sites voltados para a saúde não fornecem referências para embasar as declarações feitas. Isso pode ocorrer porque o site foi escrito por pacientes relatando uma experiência pessoal, porque uma declaração geralmente é aceita como verdadeira ou por outros motivos menos confiáveis. Pode ser considerado um aspecto positivo quando o site contém referências à literatura médica e científica, pois elas permitem às leitoras e leitores rastrear o material de origem e verificar as declarações da autora ou autor. No entanto, uma lista de fontes científicas não significa, automaticamente, que um site seja confiável. Por exemplo, uma organização com uma agenda política (como grupos de ativismo antiaborto) pode apresentar referências que, se verificarmos bem, não garantem a saúde das mulheres.

Quando o material foi escrito ou compilado?

É importante saber se o conteúdo é atualizado com frequência ou se foi atualizado recentemente. Nem sempre é possível ter essas informações e, além disso, as datas dos direitos autorais que constam no rodapé dos sites não são uma medida confiável de quando partes específicas do conteúdo foram atualizadas. Pesquisas médicas muitas vezes ficam desatualizadas, e o que pode ter sido aceito um tempo atrás (como terapia de reposição hormonal de rotina para mulheres na pós-menopausa) pode não ser mais o padrão atual de atendimento médico.

O site permite que qualquer pessoa altere ou atualize o conteúdo?

Sites como o *Wikipedia* permitem que qualquer pessoa com acesso à internet edite, revise ou atualize o conteúdo, contanto que as/os voluntárias/os sigam as normas impostas pelo site. Com base no sucesso e popularidade da *Wikipedia*, várias organizações e empresas começaram a oferecer ferramentas *wiki* sobre saúde. Embora esses recursos às vezes possam fornecer um conteúdo atualizado, lembre-se de que as pessoas que editam e revisam esses conteúdos podem ser as mais interessadas em compartilhar suas ideias devido a experiências muito positivas ou muito negativas. Os

representantes da empresa ou consultores pagos também podem alterar o conteúdo e podem não ser identificáveis.

A informação parece boa demais para ser verdadeira?

Desconfie de “curas” para doenças ou tratamentos incuráveis. Desconfie também de sites que se consideram a única fonte de informações sobre um tópico, bem como daqueles que menosprezam outras fontes de conhecimento. Além disso, esteja ciente de que termos como “bioidêntico”, “herbal” ou “natural” não têm significados regulamentados e não garantem segurança ou bons resultados.

O site solicita informações pessoais?

Nesse caso, leia a política de privacidade e os termos de uso para descobrir como suas informações serão utilizadas.⁶ Ao optar por participar de fóruns de discussão ou de outras comunidades on-line nas quais você compartilha informações pessoais, pense se poderá haver alguma consequência para você, caso as informações estejam disponíveis ao público.

E quanto aos sites administrados por pacientes?

Às vezes uma pessoa que tem algum problema de saúde pesquisou muito para saber mais sobre sua doença e entender os tratamentos oferecidos. Essa pessoa pode fazer com que mais pessoas tenham acesso a essas informações, passando adiante todo o conhecimento que adquiriu.

Esses sites, geralmente livres de conflitos de interesses financeiros, às vezes podem oferecer informações excelentes e atualizadas da perspectiva do consumidor, uma perspectiva frequentemente ausente em outras fontes de informação. No entanto, as pessoas que criam os conteúdos para esses sites podem não mantê-los atualizados por não entenderem informações médicas ou a literatura científica. Lembre-se de que essas pessoas também podem não ter exatamente o mesmo problema de saúde que você, ou os mesmos sintomas, os mesmos valores, preferências e prioridades quando se trata de decisões a se tomar relacionadas à saúde.

Além disso, é necessário ter cuidado com sites ou páginas de mídia social que pareçam ser de pacientes, mas que na verdade são campanhas publicitárias criadas por corporações que se beneficiam com esses tipos de anúncios, como empresas farmacêuticas ou hospitais. Em alguns casos, a pessoa “paciente” é totalmente inventada mas as empresas farmacêuticas também podem recrutar pacientes reais para contar suas histórias on-line, selecionando aquelas que têm histórias de sucesso nos tratamentos ou estão dispostas a não contar na íntegra os efeitos colaterais negativos. Mesmo em sites que alegam ser páginas pessoais de pacientes, procure por uma aba “Sobre” ou qualquer anúncio ou logotipo de empresa, pistas de que o conteúdo pode ser patro-

cinado e potencialmente tendencioso. As regulamentações para publicidade médica de procedimentos especializados em saúde e de produtos farmacêuticos são bastante variadas. É esperada, por parte de pessoas criadoras de conteúdo, a boa prática de informar leitoras e leitores sempre que estiverem recebendo rendimentos de publicidade, amostras grátis de produtos ou qualquer outra coisa que possa influenciar a publicidade feita. Além disso, também procure por declarações de divulgação, como publicidades e parcerias pagas.

Por fim, você deve estar ciente de que sua privacidade on-line pode ser violada por pessoas que administram sites ou por pessoas com acesso ao seu computador. Por exemplo, quando você comenta em um blog, quem o administra pode detectar onde você está localizada ou onde trabalha, observando o endereço IP anexado ao seu comentário (se você postar seu comentário usando um computador no trabalho). Também pode ser possível alguém em sua casa monitorar sua atividade na internet usando certas ferramentas.

O alcance do blog foi fora de série

Por Jill Arnold – Theunnecesarean.com⁷

Em 2005, quando eu estava com quase trinta e oito semanas de gravidez, minha parteira me informou que suspeitava de macrossomia (um bebê muito grande), com base nos resultados do ultrassom, e me disse que eu precisava de uma cesárea para evitar que meu bebê sofresse alguma lesão. Não achei que fosse necessária uma grande cirurgia, porque todos os bebês nascidos em minha família são grandes. Mas eu também não queria colocar meu bebê em risco. Comecei a procurar freneticamente na internet informações que corroborassem essa recomendação. Eu encontrei em sites e artigos as informações de que precisava para tomar a decisão de não fazer cesárea. Porém, o processo foi muito difícil e estressante. Com base no que descobri, não quis fazer cesárea e esperei entrar em trabalho de parto espontaneamente. Tive um bebê saudável de 4 quilos de parto normal. E tive outro bebê, em um centro de parto autônomo, que pesava 4 quilos e 900 gramas.

Criei o *Theunnecesarean.com* em 2008 com o intuito de alcançar outras mulheres que estavam à procura das mesmas informações pelas quais pesquisei por anos, em vários lugares diferentes. Meu objetivo com o site não era fazer com que ele fosse a fonte oficial de conselhos sobre cesáreas, mas sim criar um ambiente em que as mulheres pudessem fazer suas próprias pesquisas, ler comentários de mulheres que já haviam passado pela experiência do parto e conhecer outras pessoas que pudessem ajudá-las com qualquer informação que elas precisassem para se sentirem mais confiantes e seguras para tomar uma decisão.

Agora o blog tem várias colaboradoras que, mesmo com perspectivas diferentes, compartilham a filosofia de confiar nas mulheres para tomar decisões sobre seus corpos e nascimentos de seus bebês. O blog também procura ser um espaço seguro para as mulheres explorarem todas as opções de diferentes tipos de parto, e o seu alcance tem sido impressionante. Tivemos quase meio milhão de leitoras no ano passado, e algumas de nossas postagens influenciaram meios de comunicação de massa na divulgação de informações sobre partos. O blog foi mencionado na Conferência para o Desenvolvimento de Consenso dos Institutos Nacionais de Saúde sobre Parto Vaginal após Cesárea (*National Institutes of Health Consensus Development Conference on Vaginal Birth After Cesarean*). Comecei o site com a mentalidade de que, se eu pudesse ajudar a impedir que apenas uma família passasse pelo que passamos, valeria a pena. O fato de ele ter sido útil para tantas pessoas me deixa muito feliz.

NO FACEBOOK, BRASILEIRAS ENCONTRAM ROTA DE FUGA PARA AS CESÁREAS DESNECESSÁRIAS: PESQUISA CIENTÍFICA SOBRE O GRUPO “CESÁREA NÃO, OBRIGADA!”

A pesquisa de mestrado de Gabriela Macedo Hugues descreve e analisa aspectos relevantes para a saúde coletiva das brasileiras encontrados nas dinâmicas de troca de informação e educação em saúde no grupo on-line no Facebook “Cesárea? Não, Obrigada!”. A comunidade foi criada em 2012 e, em 2021, contava com mais de 41 mil membros ativos. O link para o grupo é: www.facebook.com/groups/cesareanao/.

Dentre as regras, é permitido incentivar o parto normal, apresentar dúvidas e perguntas técnicas sobre pré-natal, parto e pós-parto, além de publicar relatos, fotos e vídeos de parto. Há moderação de comentários e postagens, com atendimento de dúvidas realizado por profissionais do cuidado em saúde. Não é permitido incentivar a cesárea, divulgar serviços, produtos, tratar de temas como enxoval, procedimentos estéticos, cosméticos, nomes de medicamentos e informações não baseadas em evidências. Confira abaixo o resumo da pesquisa. A íntegra pode ser encontrada na internet, no link: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4439>.

Autora: Gabriela Macedo Hughes

Título: “Cesárea? Não, Obrigada!: estratégias de uma rede social de gestantes para enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica no Brasil”

Local e data: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018

Resumo: O Brasil é na atualidade o país com a maior taxa de cesáreas no mundo. Contudo, nem todas as mulheres desejam submeter-se a esse procedimento, que pode trazer lesões e repercussões indesejáveis para seus corpos. Esta dissertação baseia-se

em uma netnografia de um grupo virtual de discussão sobre parto humanizado denominado “Cesárea? Não, obrigada!”, presente na rede social Facebook. O referido grupo abriga um número expressivo de participantes que buscam o parto normal; entre elas, há as que migram da atenção privada via planos de saúde para o SUS no momento de parir em busca de maior autonomia e respeito por suas escolhas. Mulheres de diferentes segmentos sociais escrevem no Facebook com o intuito de narrar suas trajetórias e o itinerário do parto que obtiveram para informar outras gestantes sobre como lidar com a autoridade médica e as razões alegadas por obstetras para levá-las a cesáreas indesejadas. São doze relatos diferentes analisados nesta pesquisa, com a autorização expressa de suas autoras. Observa-se um movimento de ajuda entre mulheres via divulgação de artigos científicos, vídeos de parto e protocolos de atendimento. Trata-se de transmissão de informação para que as usuárias da comunidade consigam desenvolver esquemas para alcançar seu objetivo: parto normal com bebê saudável e cesárea apenas se for necessária. Foi realizado o acompanhamento diário do grupo pelo período de 60 dias, uma análise a partir das narrativas de partos tornadas públicas na rede, com ênfase nas práticas descritas e nos valores que informam a experiência de parir por via vaginal. O estudo foi estruturado em três etapas. Na primeira, realizou-se a observação participante no grupo virtual. Na segunda, foi empreendido mapeamento da comunidade. A terceira etapa constituiu-se na análise das narrativas de parto no SUS, na qual se buscou examinar as categorias que emergem nas histórias de parto e como elas se articulam para a defesa de um ponto de vista específico de contraponto ao modelo tecnocrata hegemônico de nascimento.

Algumas boas fontes de informação sobre a saúde das mulheres

Muitas organizações governamentais, organizações de saúde da mulher e indivíduos têm sites que fornecem informações precisas e confiáveis sobre a saúde reprodutiva e sexual da mulher. Abaixo estão sugestões de alguns bons lugares em que procurá-las.

- Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde: mulheres.org.br
- Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: redesaude.org.br
- Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Ministério da Saúde (MS): portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br
- Biblioteca Digital do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM): clam.org.br/bibliotecadigital/default.asp

- Anis – Instituto de Bioética: anis.org.br
- Criola: criola.org.br
- Grupo Curumim: grupocurumim.org.br
- Biblioteca Virtual em Saúde: bvsalud.org
- Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (CISMU), Conselho Nacional de Saúde: conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/cismu
- Caderneta da Gestante (Ministério da Saúde): portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf

AVALIAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

“Planta de tequila pode ajudar a combater a perda óssea”

“Vacina desenvolvida nos EUA ‘pode eliminar’ o câncer de mama”

“Extrato pode ajudar a tratar a infecção da bexiga”

“Pílula do aborto pode ajudar a combater o câncer de mama”

O que essas manchetes encontradas nos principais veículos de notícias dos Estados Unidos têm em comum? Elas mencionam estudos que foram realizados em ratos, não em humanos. Manchetes excessivamente enfáticas ou simplificadas são apenas um dos problemas nas reportagens sobre saúde nas mídias da imprensa e de comunicação de massa. Em uma pesquisa de 2009 com jornalistas da área de saúde, encomendada pela *Kaiser Family Foundation*, jornalistas estadunidenses foram unânimes em afirmar que as restrições orçamentárias prejudicaram seriamente a qualidade da cobertura e que a pressão para ser o primeiro veículo a divulgar uma notícia resulta na divulgação de reportagens baseadas em pesquisas incompletas. As entrevistadas sentem que isso leva a mais notícias de rápido impacto a respeito de novos tratamentos ou avanços tecnológicos, em vez de a uma cobertura aprofundada da política de cuidados e questões complexas de saúde. Quase metade (44%) das jornalistas que participaram da pesquisa disseram que suas organizações baseiam suas notícias em comunicados à imprensa sem reportagens adicionais substanciais. Talvez ainda mais chocante, 11% das jornalistas disseram que suas organizações permitiam que anunciantes, equipe de vendas ou patrocinadores influenciassem a seleção ou o conteúdo da história.

O *healthnewsreview.org* é um site mantido pela Fundação para a Decisão Médica Informada (*Informed Medical Decisions Foundation*), uma organização independente que avalia a qualidade de reportagens sobre saúde, examinando se e como uma notícia responde a essas dez perguntas:

- Qual é o custo total?

- Com que frequência os benefícios ocorrem?
- Com que frequência os danos ocorrem?
- Quão forte é a evidência?
- A doença é apresentada de forma exagerada?
- Existem alternativas?
- Trata-se realmente uma nova abordagem?
- Está disponível para mim?
- Quem está promovendo isso?
- Existe algum conflito de interesses?⁸

No Brasil, a Fiocruz mantém em seu portal a iniciativa Observatório Saúde nas Mídias, organizada por pesquisadoras da instituição. Diariamente, são monitoradas notícias na área da saúde publicadas nos jornais *O Globo* e *Folha de S. Paulo*. O objetivo é descrever e analisar criticamente os sentidos que são produzidos pela imprensa quando comunica sobre temas relevantes para a saúde coletiva. Uma seção temática especial apresenta o monitoramento eletrônico em dez jornais de grande circulação de dez estados das cinco regiões do país, para notícias sobre o zika vírus, dengue e febre chikungunya. Os endereços são: saudenamidia.icict.fiocruz.br e saudenamidia.icict.fiocruz.br/e-monitor.

COMPREENDENDO A LITERATURA CIENTÍFICA

Com a constante publicação de novas pesquisas, até mesmo profissionais de saúde mais cuidadosas têm dificuldades em se manter atualizadas quanto a novos estudos que talvez afetem sua área de atuação. Quando se trata de sua própria saúde, talvez você se sinta mais motivada a buscar as pesquisas mais recentes que tratem de suas necessidades específicas do que as profissionais de saúde que cuidam de você.

Em busca de pesquisas

Praticamente toda pesquisa publicada em periódicos de saúde revisados por pares pode ser encontrada na MEDLINE, uma base de dados disponibilizada pela PubMed (ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), em inglês. A PubMed oferece gratuitamente resumos, que são sumários estruturados contendo os principais tópicos da pesquisa e seus principais resultados. Pode ser que os periódicos cobrem uma taxa para permitir acesso ao artigo completo. No Brasil, a plataforma SciELO (*Scientific Electronic Library Online* – scielo.org) mantém uma biblioteca digital com acesso livre e gratuito a todas as revistas científicas nacionais, assim como de uma série de países latino-americanos e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa. A Cochrane, uma rede de colaboração que produz resenhas sobre as melhores pesquisas relacionadas à segurança e efetividade de intervenções médicas, é outra excelente fonte onde pesquisar (cochrane.org/reviews).⁹

Cada vez mais as pessoas podem encontrar pesquisas e publicações profissionais, tais como diretrizes clínicas, em periódicos de livre acesso ou podem solicitar artigos em bibliotecas. Uma vantagem das bibliotecas é que uma bibliotecária poderia fazer a busca por você ou poderia lhe mostrar como tirar o melhor proveito das bases de dados. Alguns hospitais e centros de tratamento possuem bibliotecas e serviços de auxílio a pacientes que desejam saber mais a respeito do seu problema de saúde. Muitas universidades estaduais com escolas de medicina são obrigadas a manter suas bibliotecas médicas abertas ao público, e as bibliotecárias dessas instituições podem oferecer assistência especializada. Se tiver alguma amiga em instituição acadêmica que ofereça acesso livre a periódicos médicos, ela talvez possa ajudar você a conseguir artigos específicos.

Leitura de uma pesquisa

A leitura de um artigo de pesquisa pode ser desafiadora no começo, e entender tal leitura requer prática. Depois que tiver lido alguns estudos, você vai perceber que eles seguem uma estrutura padronizada.

- Um artigo de pesquisa começa com um **resumo** dos métodos, resultados e conclusões do estudo.
- O artigo completo começa com uma **introdução** que descreve o problema de pesquisa e discorre sobre outras pesquisas feitas na mesma área.
- Depois disso, as pesquisadoras e pesquisadores geralmente incluem uma **seção de metodologia** em que explicam detalhadamente como o estudo foi realizado, incluindo informações sobre recrutamento de participantes, quais intervenções ou procedimentos foram testados e como se deu a coleta e processamento de dados.
- Essa seção é sucedida por uma **seção de resultados** que pode incluir tabelas e gráficos. Se o estudo fizer comparação entre dois ou mais grupos de participantes, as pesquisadoras e pesquisadores explicitarão se as diferenças nos resultados dos grupos são estatisticamente significativas, examinando se elas ocorreram por acaso ou se é provável que estejam associadas às intervenções ou ao comportamento em estudo.
- O artigo termina com uma **seção de discussão** que comenta as principais descobertas, apresenta os pontos fortes e os pontos fracos do estudo e sugere novas pesquisas ou alterações futuras. Visto que o resumo e a discussão geralmente focalizam as interpretações ou opiniões das autoras e autores e não as descobertas propriamente ditas, é importante garantir a leitura também das seções de metodologia e resultados. Pode ser que, em alguns casos, as conclusões propostas pelas autoras e autores no resumo e a discussão não se alinhem com as informações contidas nas seções da metodologia e dos resultados.

Esses resultados me ajudam?

Uma das questões mais importantes que você precisa considerar ao examinar um artigo de pesquisa é: “será que esses resultados me ajudam?”. A resposta para essa pergunta está relacionada a duas outras questões: “quão similar é o meu caso ao das mulheres neste estudo?” e “será que o exame ou o tratamento indicado para mim serão os mesmos adotados no estudo?”.

É muito provável que você experimente os mesmos benefícios e riscos relatados se tiver características em comum com as pessoas que participaram no estudo. A similaridade entre você e as/os participantes do estudo podem ser: sexo, idade, diagnóstico, histórico de saúde, condições atuais de saúde, gravidez e outros fatores. Por exemplo, gestantes de primeira viagem não poderiam se beneficiar de um estudo sobre a segurança da indução do parto feito com mulheres com histórico de outros partos. Da mesma maneira, uma nova estratégia de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) pode variar em efetividade se o estudo tiver sido realizado entre estudantes universitárias nos Estados Unidos ou entre mulheres buscando assistência em uma clínica de planejamento familiar na África. Geralmente, a seção do artigo sobre metodologia contém uma descrição do perfil das participantes, embora alguma informação sobre esse perfil também possa ser dada na seção de resultados.

Mesmo que o perfil das mulheres incluídas no estudo seja similar ao seu, pode ser que o contexto em que a assistência foi fornecida seja diferente. A dosagem do remédio, o período dos exames ou do tratamento, as habilidades da médica e a administração concomitante de outras terapias podem afetar a efetividade ou a segurança do tratamento. Se sua situação é diferente, você não pode esperar os mesmos resultados. Um bom artigo de pesquisa conterà uma descrição detalhada dessas questões, geralmente encontrada na seção de metodologia.

Podemos acreditar em medicina baseada em evidências?

Na busca por soluções para nossos problemas de saúde, nós e as profissionais que cuidam de nós confiamos em pesquisas médicas para explicar quais tratamentos funcionam melhor, qual a probabilidade de determinado tratamento ser útil e os riscos envolvidos. Nossa expectativa é de que a medicina baseada em evidências indique o melhor tratamento possível.

Profissionais de saúde buscam informações em pesquisas publicadas em periódicos médicos respeitados, em cursos de educação continuada oferecidos por especialistas e em diretrizes para a prática clínica estabelecidas por comissões de especialistas que avaliam pesquisas médicas e definem padrões de tratamento.

Poucas pessoas se dão conta de que a pesquisa médica sofreu uma transformação silenciosa, mas radical. Antes de 1970, a vasta maioria das pesquisas clínicas era financiada por fontes governamentais. Em 2009, nos Estados Unidos, 85% dos testes

clínicos eram financiados por organizações com interesses comerciais. Em 1991, 70% das pesquisas clínicas eram financiadas por organizações com interesses comerciais, mas cerca de 80% dessas pesquisas ainda eram realizadas em universidades, onde pesos e contrapesos garantiam a independência das pesquisadoras. Em 2004, porém, apenas 26% dessas pesquisas eram realizadas em centros médicos acadêmicos. Os 74% restantes eram realizados por empresas com fins comerciais, tendência que ainda prevalece. No Brasil, a quantidade de pesquisas médicas realizadas é bem inferior à dos Estados Unidos; no entanto, a maior parte das pesquisas implementadas em nosso país ainda contam com financiamento de instituições governamentais ou sem interesses lucrativos e fins comerciais.

Quando empresas de equipamentos médicos e remédios financiam pesquisas por meio de contratos privados, elas podem influenciar projetos de pesquisa e a publicação de resultados. Por exemplo, empresas farmacêuticas podem selecionar o perfil das pessoas que serão incluídas em um estudo para dar destaque aos benefícios e minimizar os riscos de uma medicação. Por vezes, melhores resultados podem ser obtidos ao escolher estudar os efeitos de um produto em pessoas saudáveis e mais jovens que fazem uso concomitante de poucos remédios e, por isso, estão menos propensas a efeitos adversos, ainda que o medicamento testado tenha maior probabilidade de ser usado por pessoas mais velhas que fazem uso simultâneo de várias medicações. As empresas farmacêuticas não são obrigadas a comparar seus produtos com outras formas de tratamento conhecidas e podem descontinuar os estudos se os resultados não parecerem favoráveis. Embora tenham de relatar os resultados da maior parte dos estudos às agências reguladoras, como a Anvisa no Brasil e a FDA nos Estados Unidos, as empresas farmacêuticas não são obrigadas a publicar estudos que não tragam os resultados que elas esperavam. Mesmo autoras e autores de artigos de pesquisa publicados nos periódicos mais respeitados têm acesso limitado aos dados que as empresas farmacêuticas decidem disponibilizar.

Devido a essas limitações, a literatura médica geralmente contém uma imagem desequilibrada dos riscos, benefícios e alternativas de tratamento. Dois estudos publicados em 2003, um no *Journal of American Medical Association* (JAMA) e outro no *British Medical Journal*, indicaram que os estudos financiados comercialmente eram 3,6 a 4 vezes mais propensos a apresentar resultados positivos para o patrocinador do que os estudos financiados com recursos de fontes não comerciais. Outro estudo do JAMA, que analisou apenas estudos de alta qualidade, verificou tendenciosidade ainda mais forte: a probabilidade de que uma pesquisa financiada comercialmente conclua que o melhor tratamento seja o produto do patrocinador é 5,3 vezes maior do que no caso de estudos financiados por organizações sem fins lucrativos. Outro estudo constatou que, quando os ensaios clínicos são financiados comercialmente e existem laços financeiros entre a empresa patrocinadora e as autoras e/ou autores da pesquisa

(às vezes como consultoras e consultores remunerados), a chance de que os resultados da pesquisa endossem o uso do medicamento da patrocinadora é 8,4 vezes maior.

Outro problema com estudos financiados comercialmente é que os artigos publicados às vezes são escritos sob encomenda por empresas contratadas pela indústria farmacêutica. Em 2010, vieram a público milhares de documentos jurídicos relativos a uma ação civil sobre a segurança da terapia hormonal. A análise desses documentos revelou que a companhia farmacêutica Wyeth, fabricante dos populares hormônios Premarin e Prempro, pagou pela preparação de 26 artigos científicos que ressaltavam os benefícios e minimizavam os riscos da terapia hormonal e procurou médicos acadêmicos que estivessem dispostos a assumir a autoria desses artigos, os quais foram, então, submetidos à publicação em periódicos avaliados por pares. Além de minimizar os riscos detectados de câncer de mama e de ressaltar os benefícios cardiovasculares da terapia hormonal, os artigos promoveram o uso para finalidades sem comprovação e não recomendadas, tais como para a prevenção da demência e da doença de Parkinson, o que foi mais tarde desmentido por um estudo da *Women's Health Initiative* (Iniciativa para a Saúde das Mulheres).

Infelizmente, as agências em que supostamente deveríamos confiar para proteger os interesses das consumidoras na área da saúde estão cada vez menos confiáveis. Mais da metade dos recursos financeiros para o *Center for Drug Evaluation and Research*, setor da FDA estadunidense que concede aprovação para novos medicamentos e supervisiona a segurança deles, provém de taxas pagas por companhias farmacêuticas. Mesmo os periódicos médicos que avaliam artigos de forma independente precisam do dinheiro proveniente da propaganda de medicamentos e da venda de cópias de artigos publicados. Esses artigos são favoráveis a patrocinadores corporativos e, por isso, são distribuídos por representantes de vendas a médicas e médicos. As chamadas “comissões de especialistas”, que produzem diretrizes de prática clínica usadas para orientar e informar profissionais de saúde, são frequentemente dominadas por pesquisadoras e pesquisadores que mantêm vínculos financeiros com uma ou mais indústrias que fabricam as drogas em questão. Além disso, cerca de 70% dos cursos de educação médica continuada são pagos por indústrias farmacêuticas e por outras indústrias da área médica. No Brasil, a educação continuada não é obrigatória para manutenção da licença médica, e é cada vez mais difícil evitar a exposição a mensagens patrocinadas pela indústria nas oportunidades de aprendizagem disponíveis, tais como feiras e congressos médicos.

A razão básica pela qual as empresas criam e distribuem essas informações é o aumento das vendas dos produtos e, conseqüentemente, de seu lucro. Assim, nossa saúde é relegada a uma posição de importância secundária.

Precisamos exigir total transparência para saber se as pessoas especialistas citadas pela mídia recebem financiamento ou alguma forma de remuneração por parte de

empresas farmacêuticas e biomédicas quando dão consultoria ou fazem palestras. Precisamos defender padrões estritos tanto das agências reguladoras quanto das revistas médicas que avaliam e publicam resultados de pesquisas. E precisamos insistir que as diretrizes clínicas que orientam nossas médicas e médicos sejam isentas de interesses comerciais.

O controle comercial sobre o conhecimento médico disponível não é uma questão científica, mas política. Fazer com que nosso sistema de saúde atenda aos interesses do público ao invés do privado só acontecerá quando uma cidadania engajada e ativa criar uma incidência política com força pelo menos igual ao poder político que tem a indústria farmacêutica.

Algumas mudanças já estão acontecendo. Algumas revistas da área da medicina estão exigindo que empresas farmacêuticas registrem os estudos antes de divulgarem seus resultados, de modo que o rastreio de resultados negativos se torne mais fácil. Os estudos podem ser registrados na plataforma Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) ou em outras plataformas internacionais, como a *clinicaltrials.gov*. Desde 2018, a Associação Brasileira de Alta Tecnologia de Produtos para a Saúde (Abimed) proíbe o patrocínio de viagens e qualquer outro serviço utilizado para participação em eventos médicos, como diárias de alimentação e hospedagem. Já o Código de Conduta da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), de 2016, proíbe a remuneração direta ou indireta da pessoa profissional, prevendo, no entanto, amplas modalidades de patrocínio para participação em congressos, simpósios, seminários e outros eventos que tenham por objetivo prover educação a profissionais da saúde.

NOSSO DIREITO AO CONSENTIMENTO E RECUSA INFORMADOS

Consentimento informado é um processo comunicativo entre você e sua médica ou médico durante o qual você recebe toda informação necessária para decidir se quer se submeter a um exame ou tratamento. O conceito de consentimento informado está fundamentado em duas proposições:

1. trata-se de seu corpo e você tem de ser capaz de decidir o que fazer com ele;
2. é provável que você tome melhores decisões sobre sua saúde se compreender as informações necessárias para embasar uma decisão racional.

Ninguém pode tratar de você, ou mesmo tocar em você, até que você tome uma decisão informada de aceitar ou rejeitar alguma conduta recomendada. Quando você e sua médica ou médico levam a sério o consentimento informado, isso pode contribuir para uma verdadeira parceria na qual vocês compartilham conhecimento

e responsabilidades durante o processo de tomada de decisões clínicas para o seu caso. Para tomar uma decisão informada, você precisa conhecer/entender:

- suas condições específicas de saúde;
- o tratamento e/ou procedimento recomendado e como você poderá acessá-los;
- os riscos e benefícios do tratamento ou procedimento recomendado, com atenção especial aos riscos de morte ou de sequelas graves;
- tratamentos e procedimentos médicos alternativos razoáveis e os riscos e benefícios de cada um deles;
- resultados possíveis que a recusa de qualquer tratamento acarreta;
- probabilidade de sucesso e o que sua médica ou médico considera “sucesso” (por exemplo, será que o tratamento vai curar o problema ou apenas aliviar os sintomas?);
- os principais problemas previstos durante a recuperação, inclusive quanto tempo será necessário até que você possa retomar suas atividades normais;
- quais equipamentos ou apoio pessoal serão necessários durante sua recuperação;
- se você é cliente de plano de saúde, quais serão os custos do tratamento ou procedimento e quanto desse custo seu plano de saúde cobrirá.

Consentimento informado não é apenas um formulário a ser assinado, mas um processo. Para ser um consentimento informado, você precisa entender tudo que está sendo explicado. Não basta que uma médica ou médico ou qualquer profissional de saúde apresente uma lista dos riscos e benefícios de modo apressado ou complicado, que isso seja feito enquanto você está sob efeito de medicação, em uma língua que você não compreende bem ou que seja confiada a uma criança ou a outro membro da família a tarefa da tradução, ao invés de usar os serviços de intérpretes profissionais.

O termo de consentimento deve ser usado como evidência do consentimento, e você não deve assinar esse documento se não compreender ou não concordar com o que está escrito. Você pode riscar, reescrever ou corrigir o formulário impresso. Formulários de consentimento às vezes podem usar jargão muito técnico ou ser apresentados em um momento em que você não esteja preparada para revisar com atenção e discutir as implicações do texto. Não assine o formulário até que se sinta segura de que tem toda informação de que precisa.

Uma via do documento deve ser entregue para você e outra deve ser anexada ao seu prontuário. Você tem o direito de saber se alguma medicação está sendo usada para fins de pesquisa ou outra finalidade não oficialmente aprovada pela Anvisa. Pergunte à sua médica ou médico ou à farmacêutica sobre isso. Você pode, ainda, consultar catálogos de referências sobre medicamentos nas bibliotecas locais, fontes on-line, tais como o site da Anvisa ou a bula do remédio, para saber sobre usos oficialmente aprovados. Médicas, médicos e demais profissionais de saúde têm

permissão legal para usar medicamentos para qualquer fim, mesmo sem a existência de evidências científicas consolidadas em favor do uso escolhido. Visto que muitas drogas obstétricas usadas rotineiramente, bem como fórmulas hormonais e algumas medicações psiquiátricas, são administradas para fins não especificamente aprovados pelas agências reguladoras, é especialmente importante que as mulheres perguntem e compreendam tais usos não aprovados oficialmente.

EXPERIMENTOS CLÍNICOS

O consentimento informado é particularmente importante quando o tratamento ofertado faz parte de um experimento ou programa de pesquisa. Quando se trata de uma pesquisa em que você talvez receba algum medicamento ou terapia não testados ou em fase experimental, profissionais de saúde têm de obedecer à regulamentação federal a que tal pesquisa está sujeita. A pessoa pesquisadora deve dar a você uma cópia de um termo de consentimento informado para que você assine e indicar o nome da pessoa a quem você pode recorrer em busca de informação adicional, além de explicar quaisquer danos potenciais da sua participação no experimento. Você nunca será obrigada a participar de uma pesquisa. Ainda que decida participar, você pode recuar a qualquer momento.

Caso a pesquisa para a qual você foi convidada a participar inclua tratamentos ou exames, é importante perguntar se as instituições que realizam o estudo pagarão pelo tratamento, inclusive de outros problemas que eventualmente sejam diagnosticados por meio dos exames feitos só para a pesquisa. O site do Conselho Nacional de Saúde (CNS) contém mais informações sobre proteção a pacientes participantes de experimentos clínicos, bom como a *Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa*,¹⁰ publicada em 2020 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

O DIREITO DE RECUSA DE TRATAMENTO

Você tem o direito garantido por lei de recusar qualquer tratamento, a qualquer momento, mesmo que tenha aceitado iniciar tal tratamento anteriormente. Esse direito é garantido a todas as pessoas adultas competentes ou com menos de 18 anos capazes de entender e avaliar a informação necessária ao consentimento informado.

É sempre possível discordar das recomendações de sua médica ou médico. Caso você decida pela recusa de determinado tratamento, pode ser que membros da equipe médica ou hospital se oponham à sua decisão. Entretanto, em geral, é garantido para pacientes o direito de decidir pela manutenção ou suspensão de tratamento, ainda que tal decisão possa resultar em sua morte. A aceitação de parte de determinado tratamento não implica na aceitação do todo. Você tem o direito de deixar o hospital, caso sua vontade não seja respeitada, excetuando-se instalações de tratamento psiquiátrico, em alguns casos. Em situações assim, envolver um membro da família ou outra

pessoa que a apoia pode ser de grande ajuda. É normal que instituições solicitem assinatura de termo de responsabilidade nesses casos.

Para mais informações sobre recusa de tratamento, veja a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2232/2019, que estabelece as normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Desde 2016, tramita, na Câmara dos Deputados em Brasília, o Projeto de Lei nº 5559/2016 sobre os direitos de pacientes, que vem sendo chamado de “Estatuto do Paciente”.

O direito de recusa de tratamento é especialmente importante no que diz respeito à nossa autonomia reprodutiva. Embora, em geral, o direito à integridade corporal e ao consentimento informado seja reconhecido, tanto decisões judiciais quanto ações políticas têm às vezes negado esse direito a gestantes. Exemplos de tais ações incluem ordens judiciais obrigando mulheres a se submeterem a cesárea e a exames médicos não consentidos. Em evidente flagrante de violação de direitos humanos, mulheres grávidas que recusaram a cesárea ou que fizeram uso de drogas foram proibidas de amamentar no pós-parto e acusadas de pôr a gestação em perigo. Tais atos devem ser compreendidos como violência institucional, uma vez que não cabe ao Poder Judiciário impor decisões relacionadas à autonomia reprodutiva das mulheres.

No Brasil, toda gestante pode encontrar informações e orientação em sites como o da Rede Parto do Princípio (partodoprincipio.com.br); da ONG Artemis, que foi a primeira dedicada especificamente ao enfrentamento da violência obstétrica (artemis.org.br); ou do Grupo Curumim (grupocurumim.org.br), que mantém um canal de comunicação aberto com a população, a linha direta Vera, via aplicativo WhastApp, para atendimento de dúvidas em saúde sexual e reprodutiva.

ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE

No Sistema Único de Saúde brasileiro, você tem acesso aos serviços de atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família. Na Unidade Básica de Saúde mais próxima do local onde você mora, você será acompanhada por uma equipe composta por clínica geral ou médica de família e comunidade, além de enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias.

Nos convênios privados é a própria usuária que deve escolher profissionais de saúde de sua preferência, cuja seleção pode ser feita por sua especialidade, pela região onde realiza o atendimento e até mesmo por gênero.

Profissionais de saúde competentes irão colaborar para criar um relacionamento com você que seja baseado em confiança e respeito mútuos. Essas pessoas darão informações exatas e atenção às suas preocupações e perguntas. Farão um levantamento detalhado de seu histórico sexual e de saúde usando linguagem isenta de preconceitos

ou julgamentos. Tanto no serviço privado como público, a busca por boas/bons profissionais de saúde requer que você obtenha o máximo possível de informação sobre profissionais em sua área, perguntando às usuárias e pessoas da área médica que você respeita quem elas recomendam. Converse com amigas e consulte avaliações on-line.

A ESCOLHA DE PROFISSIONAL DE SAÚDE

A seguir, listamos algumas perguntas a serem consideradas na escolha de profissionais de saúde e que devem ser adaptadas conforme se trate de atenção pública ou privada.

- Se você tiver um plano de saúde, ele cobre a pessoa profissional que você está avaliando?
- Quais são as experiências e o treinamento dela? Ela possui certificação em sua área de especialidade?
- Qual o gênero dessa pessoa profissional e até que ponto isso é importante para você?
- Ela conhece bem os problemas de saúde ou preocupações que você tem?
- Ela participa de grupos de investigação e pesquisa científica fornecendo dados da sua experiência clínica?
- Quanto tempo você terá de esperar até ser atendida? Os horários disponíveis incluem fim de tarde e finais de semana para consultas de rotina? É fácil conseguir um horário para tratar de uma urgência médica?
- Se você tiver uma urgência e sua médica ou médico não estiver disponível, quem além dela ou dele poderia lhe atender na clínica? Você se sente confortável com as colegas ou os colegas de sua médica ou médico?
- Qual é a duração típica de uma consulta? Sua médica ou médico tomará tempo para explicar questões de saúde a você?
- A pessoa profissional de saúde estará disposta a se comunicar com você por telefone, mensagem de celular ou por e-mail?
- Qual é o relacionamento dela com a indústria médica? Por exemplo, existe algum conflito de interesses no que diz respeito à indústria farmacêutica?
- Ela está atenta às suas necessidades no que diz respeito à sua cultura, raça, identidade de gênero, idade, deficiências ou orientação sexual?
- Ela fala a sua língua ou provê os serviços de intérpretes?
- Ela apoia o uso de que você talvez faça de medicina tradicional ou complementar?
- Se você tiver alguma necessidade especial, o consultório tem acessibilidade?
- A localização do consultório ou clínica é conveniente para você?

O GÊNERO DA PROFISSIONAL É IMPORTANTE PARA VOCÊ?

Quando se trata da escolha de profissionais de saúde, é possível ter preferência por uma profissional do sexo feminino ou masculino. Existe a ideia de que profissionais mulheres podem ser melhores ouvintes, mais compreensivas e cuidadosas. Uma profissional também pode inspirar mais confiança visto que muitas mulheres sofrem inúmeras violências e estão subjugadas a homens em diversas situações. Por outro lado, um profissional do sexo masculino pode representar uma figura mais resolutiva, prática e menos emocional para algumas mulheres.

É importante entender que médicas e médicos vêm do mesmo processo de treinamento, muitas vezes estressante e desumanizante. Quando começam a trabalhar, ambos se deparam com as mesmas restrições de tempo e financeiras, por isso podem nos desapontar de modo similar. Também é importante compreender que discussões sobre violência de gênero começaram a acontecer nos espaços de formação universitária nos cursos de saúde.

Escolhi uma das duas médicas do meu plano de saúde porque pensei que uma mulher estaria menos inclinada a me empurrar remédios ou uma cirurgia e procuraria primeiro por alternativas não médicas de tratamento que fossem menos invasivas. Na primeira consulta, ela não apenas sugeriu medicação para a tireoide, como também uma rotina de aplicação de raios-x. Ela falava rápido, de modo incisivo e frio, e usava muitos termos médicos complexos. Eu me senti como se estivesse diante do currículo de uma escola de medicina.

Embora você não possa concluir que uma médica será melhor do que um médico, pode haver diferenças importantes. Há estudos que indicam que médicas gastam mais tempo da consulta tratando de cuidados preventivos e aconselhamento do que médicos, e que pacientes de médicas relatam elevada satisfação com seu tratamento. Além disso, é mais provável que mulheres que consultam médicas estejam em dia com o exame de Papanicolau.

Profissionais de enfermagem e obstetrias são majoritariamente mulheres. Embora essas profissionais possam ser formadas em um modelo de aprendizagem hierárquico similar ao modelo de formação em medicina, seu treinamento enfatiza o tratamento holístico centrado na mulher. A formação de enfermeiras e obstetrias tipicamente enfatiza a prevenção, o bem-estar e a avaliação de problemas comuns de saúde.

Em resumo, o estilo, a abordagem e a capacidade de suprir cuidados de saúde e comunicação de acordo com suas necessidades importam mais do que o gênero da pessoa que é profissional da saúde. Reserve algum tempo para perguntar à sua médica

ou médico sobre suas atitudes em relação a práticas comuns de cuidados médicos. Não tenha medo de procurar outra pessoa caso não se sinta confiante quanto ao grau de compatibilidade entre vocês.

O DESEQUILÍBRIO DE PODER NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAL E USUÁRIA DO SISTEMA DE SAÚDE

Em nossa sociedade, a relação entre profissionais de saúde e usuária é frequentemente marcada pela desigualdade, um desequilíbrio de poder inerente a muitos relacionamentos do tipo “cliente-profissional”. Enquanto diversas/os profissionais de saúde adotam uma abordagem mais igualitária, outras/os ainda se apegam a uma disposição mental paternalista e fazem suposições a respeito das pessoas que atendem. Caso nos esqueçamos de relatar um detalhe de um sintoma ou diagnóstico preexistente, acham que “não contamos tudo”. Se optamos por recusar um medicamento prescrito ou se não podemos arcar com as despesas para levar um tratamento até o fim, acham que “quebramos” o acordo. Se buscamos uma segunda opinião, fazemos nossas próprias pesquisas ou sugerimos um exame, diagnóstico ou tratamento, então somos “pacientes difíceis”. E quando é difícil encontrar a causa de nossas queixas, deve ser “tudo coisa de nossa cabeça”.

Na existência de tais atitudes, você talvez se sinta intimidada e deixe de perguntar ou de exigir melhores explicações. Entretanto, é importante que você tenha abertura para questionar e entender assuntos relacionados com sua própria saúde e tratamento. Caso necessário, envolva alguém em sua defesa que possa garantir que suas perguntas sejam respondidas e que ajude a avaliar seu tratamento.

Se você tiver a impressão de que suas preocupações são consistentemente ignoradas ou que sua participação nos cuidados de sua própria saúde não é respeitada, mude de profissional, se possível. Se for um problema grave, você pode registrar uma queixa formal na ouvidoria do serviço de saúde que frequenta ou nos conselhos da categoria profissional de quem a atendeu.

MEDICINAS TRADICIONAIS E TERAPIAS COMPLEMENTARES

Massagens, ervas medicinais e outros métodos de cura há muito têm sido usados por mulheres para tratar questões de saúde de membros de nossas famílias, auxiliar no parto e cuidar das pessoas doentes. Muitas mulheres continuam a usar métodos de tratamento tradicionais que vão desde o chá de gengibre para o resfriado até sistemas médicos complexos, como a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica, que têm seus próprios protocolos de diagnóstico e tratamento. Embora diversos, esses métodos se baseiam nos seguintes princípios:

- saúde não é a mera ausência de doenças, mas um estado de bem-estar que inclui o equilíbrio dinâmico do corpo, da mente e do espírito;

- não apenas uma parte do corpo, e sim o corpo todo é afetado pela doença e pelo tratamento;
- o fluxo de energia humana (às vezes chamado de chi, ki, prana, força vital ou energia vital) pode ser afetado pela doença e pelo tratamento;
- cada pessoa tem grande potencial de autocura.

No Brasil, esses cuidados são chamados de terapias complementares. Essas terapias incluem tanto cuidados aplicados por uma terapeuta, como na acupuntura, quiropraxia e massagem, quanto práticas como meditação e visualização, que não requerem intervenção de uma terapeuta. A medicina integrativa é a combinação das abordagens ocidentais e orientais em cuidados de saúde.

A busca por terapias complementares pode ser motivada por estas parecerem mais seguras e com menor intervenção do que as abordagens médicas ou cirúrgicas convencionais por apelarem para o desejo de usar métodos naturais de cuidar da saúde, por seu alinhamento a valores culturais ou para ajudar a aliviar os efeitos colaterais de outros tratamentos.

Até recentemente, havia pouca evidência científica a favor da segurança e eficácia de muitas das terapias complementares. Isso começou a mudar e encontramos cada vez mais evidências científicas relacionadas com diversas dessas práticas nos anos recentes. Atualmente, apesar de a maior oferta dessas terapias ser oferecida no sistema privado, elas também fazem parte das estratégias de tratamento do SUS e são conhecidas como Práticas Integrativas e Complementares (PICs).¹¹

Ainda assim, é necessária a realização de mais e melhores pesquisas sobre cada uma dessas terapias, já que isso nos dará uma ideia mais exata sobre quais terapias complementares são seguras e eficazes. Até lá, é preciso ter em mente que as terapias descritas como naturais ou herbais não são necessariamente seguras e eficazes e que podem ter efeitos adversos ou interações com outras medicações ou tratamentos.

Terapeutas de medicina complementar atuam em diferentes estabelecimentos, incluindo clínicas particulares, consultórios particulares, spas e em domicílio. Peça referências à sua médica ou médico, amigos e membros da família ou consulte catálogos de organizações nacionais sobre referências locais, pois podem ser úteis na busca de uma terapeuta.

Terapias complementares podem parecer mais promissoras do que os tratamentos convencionais baseados em remédios e cirurgias usados na medicina ocidental. Entretanto, terapias e terapeutas holísticas também têm alguns dos mesmos pontos fracos que a medicina convencional, além de seus próprios problemas específicos. As sugestões a seguir podem ajudar na avaliação e escolha de um/a terapeuta ou terapia.

- **Verifique se há próxima a você a oferta de terapias complementares no Sistema Único de Saúde.** Não são muitos os serviços em que você encontrará essas ofertas, mas é possível encontrar tratamento de acupuntura, lian gong, meditação e outras terapias.
- **A importância da competência.** Existem exames de certificação para algumas terapias complementares. Entretanto, nenhum pedaço de papel garante a capacidade de cura de uma pessoa, assim como não ter uma credencial não significa que alguém não tenha habilidades ou conhecimento. É de esperar que profissionais sejam capazes de descrever seu treinamento e experiências com o tratamento que oferecem, e você pode perguntar sobre a experiência delas com casos semelhantes ao seu. Seja cautelosa quanto a profissionais que não ofereçam referências sobre suas qualificações.
- **Procure profissionais que sejam excelentes ouvintes** e tenham disponibilidade para tentar abordagens diferentes e para lhe ensinar estratégias para melhorar sua saúde. Procure referências pessoais, consulte diferentes profissionais e confie em sua intuição. Se não se sentir confortável com alguém e se essa pessoa só estiver disposta a considerar um tipo específico de tratamento, procure outra pessoa.
- **Busque profissionais que tenham disponibilidade para fazer parte de uma equipe.** Evite quem defende que qualquer outra terapia comprometerá o tratamento.
- **Entenda quantas consultas serão necessárias.** Tenha cautela com profissionais que tentem induzir você a se comprometer com um tratamento longo mesmo antes de você começar.
- **Se depois de um tempo razoável um tratamento não estiver surtindo efeito, considere interrompê-lo.** Cerca de dois meses, ou três a quatro sessões, em geral, são suficientes para a maioria das terapias complementares produzirem resultados.
- **Evite profissionais que sugerem que você compre remédios ou equipamentos muito caros,** especialmente se as próprias pessoas venderem esses itens em seus consultórios.
- **Cuidado com “curas milagrosas”.** Desconfie de afirmações gerais sobre cura de câncer, Aids ou outras doenças graves.
- **Informe-se sobre os custos do tratamento.** Se você tiver um plano de saúde, verifique se o tratamento é coberto pelo plano. Se você não puder pagar o valor integral, pergunte se seria possível ter um desconto.
- **Cuidado com diagnósticos alternativos.** Estes incluem iridologia (que afirma fazer diagnósticos pelo exame da íris), exame muscular e máquinas supostamente capazes de detectar campos energéticos. Exames laboratoriais alternativos, que em geral não são regulamentados pelo Governo Federal, não são recomendados.

- **Entenda o que há por trás do método que deseja usar.** Pergunte-se quem ganha com esse método de tratamento. Terapeutas que fazem terapias complementares podem não ser confiáveis e usar práticas tradicionais do xamanismo, de povos indígenas e outras de uma maneira errada, se apropriando desses conhecimentos para dar um tom de misticismo ao que fazem.
- **Evite profissionais que sugerem que você é culpada por seus problemas de saúde.** Confiar em nossa capacidade de autocura não é o mesmo que culpar a nós mesmas por doenças. Algumas/alguns profissionais talvez sugiram que negativismo, falta de determinação, personalidade branda ou sugestionável ou então falta de fé na/no terapeuta sejam a causa da doença. Culpar a pessoa que está doente é cruel e inadequado.

APROVEITANDO AO MÁXIMO SUA CONSULTA MÉDICA

Leve com você alguém em quem confie. Frequentemente, é bom ter outro par de olhos e ouvidos para registrar o que acontece nas consultas. Caso não tenha uma amiga, amigo ou parente para acompanhá-la, pergunte à sua médica ou médico se você poderia gravar a consulta para revisar aspectos importantes da conversa e das instruções quando estas forem necessárias. Essa gravação deve ser usada somente por você.

Mantenha um registro de seus dados de saúde e leve-o às suas consultas. As médicas e médicos nem sempre se lembram dos detalhes de seu caso específico, de modo que se beneficiarão do registro dessas informações. Manter um diário de sintomas e questões relacionadas à sua condição de saúde pode ajudar sua terapeuta a entender melhor o que você está sentindo. Se possível, faça pesquisas sobre questões relevantes antes da consulta e converse sobre suas descobertas com a pessoa profissional que atende você.

Anote todas as questões e confirme que todas sejam abordadas. Leve em consideração que as profissionais de saúde geralmente dispõem de pouco tempo para atender cada paciente, de modo que preparar-se com antecedência será produtivo.

Leve quaisquer remédios, medicamentos à base de plantas ou medicamentos sem receita que você estiver tomando para evitar que sejam prescritas medicações de que você já faça uso ou que não interajam bem. Caso seja necessário, peça para sua médica ou médico instruções detalhadas sobre o uso de novos medicamentos ou sobre alterações nos que você já utiliza.

Peça explicação a respeito de qualquer coisa que você não entenda. Se for o caso, solicite imagens ou diagramas que explicam sua doença ou materiais em sua língua materna ou grau de letramento. Peça uma declaração escrita do plano de tratamento para seu monitoramento ou para o caso de você optar por pedir uma

segunda opinião posteriormente. Quando não houver emergência médica, gaste o tempo necessário para tomar uma decisão.

Procure saber como a clínica usa e-mail ou outras ferramentas de comunicação digital. É possível enviar perguntas sobre tratamento ou assuntos de rotina, como agendamento e renovação de receita por e-mail ou on-line? É possível se inscrever para receber uma mensagem de texto para lembrá-la quando será sua próxima consulta?

Se você precisar de mais tempo para a sua consulta, solicite um novo agendamento. Você também pode pedir uma consulta mais longa, embora isso nem sempre seja possível.

Se você fizer exames, lembre-se de pegar os resultados, bem como de receber explicação a respeito de qualquer anormalidade encontrada e recomendações para acompanhamento. Solicite uma cópia impressa ou eletrônica dos resultados, pois neles pode haver informações adicionais úteis. Descubra exatamente quando você pode esperar obter os resultados e como acessá-los. Peça para ser informada independentemente de haver ou não um problema com os resultados.

ACOMPANHANTE NAS CONSULTAS

Quanto mais complicados forem seus sintomas ou diagnóstico, maior poderá ser o seu interesse em levar alguém para acompanhá-la nas suas consultas médicas. Essa pessoa poderá ajudá-la a não perder nenhum detalhe. É necessário que você escolha alguém em quem confie e que a presença dela não a impeça de abordar tópicos importantes, mas sensíveis, como situações de violência doméstica ou histórico sexual. Escolha alguém cuja presença não a impeça de ser completamente honesta a respeito desses problemas ou, se preferir ou precisar, peça para ficar a sós com sua médica ou médico quando esses problemas forem ser abordados.

Diretos relativos ao prontuário e outros registros médicos

Você tem o direito legal de ver e obter seu prontuário médico e todos os registros hospitalares e de profissionais da saúde sobre você, incluindo informações por escrito sobre o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome da profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren entre outros). Esse direito é respaldado pelo *Código de Ética Médica* e pelo *Código de Defesa do Consumidor*. O prazo para disponibilizar esses registros varia e as instituições de saúde podem cobrar apenas os custos da extração das cópias.

Antes da consulta, antecipe situações que possam fazer com que você se sinta impotente ou com informações inadequadas e faça uma lista de perguntas a serem feitas. Certifique-se de que entende os tipos de exames de

diagnóstico, tratamentos ou procedimentos cirúrgicos propostos. Quando entender que é necessário, solicite a entrada de uma pessoa acompanhante de sua escolha que possa auxiliá-la na melhor compreensão das instruções fornecidas ao longo do atendimento.

RECONHECENDO E SUPERANDO AS BARREIRAS PARA OBTER UMA BOA ASSISTÊNCIA MÉDICA

BARREIRAS FINANCEIRAS

Antes de iniciar esta seção, é importante destacar que o SUS, o maior sistema de saúde pública do mundo, está disponível para atender toda a população e que, dos seus 200 milhões de usuários, 70% dependem exclusivamente dos seus serviços para obter cuidados em saúde. A porta de entrada para o sistema se dá pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que existem em todos os municípios do país. Consultas, exames, medicamentos e demais procedimentos são dispensados sem custo direto para as pessoas usuárias do sistema. No entanto, diversas são as barreiras enfrentadas por elas quando estão em busca de atendimento a suas necessidades. Não raro, faltam medicamentos essenciais nas farmácias públicas, e consultas com especialistas ou exames que usam tecnologias de ponta levam meses para serem realizados.

Diante desse cenário, cada vez mais pessoas têm complementado os recursos públicos disponíveis no SUS com o financiamento próprio de parte dos procedimentos, exames ou medicamentos indicados no percurso do cuidado com a saúde.

O alto custo de assistência médica pode criar dificuldades particulares para as mulheres, porque estas tendem a usar mais do que os homens os serviços de saúde, especialmente os cuidados em saúde reprodutiva. Nós, normalmente, vamos a mais consultas médicas, compramos mais medicamentos (com ou sem receita) e fazemos melhor uso da medicina complementar. Por conta disso, muitas vezes, mesmo aquelas que possuem plano de saúde acham que não têm condições de pagar pelos serviços de saúde de que precisam.

O custo inicial dos planos de saúde representa apenas uma parte de nossas despesas reais com assistência médica. Para usar o plano de saúde, pode ser que tenhamos de pagar uma coparticipação, que pode ser a cobrança de uma quantia fixa por consulta, procedimento ou medicamento ou a cobrança de uma porcentagem da consulta ou procedimento. Apesar de não ser comum no Brasil, há também os planos de saúde que exigem uma franquia anual (que pode variar de centenas até milhares de reais) que deve ser paga pela cliente antes de iniciar o uso do plano, tornando-o essencialmente inutilizável para pessoas que não têm reserva financeira suficiente para cobrir esse pagamento inicial. As franquias anuais são particularmente problemáticas para as

mulheres grávidas. Isso porque, provavelmente, o período de gestação ocorrerá entre dois anos diferentes, o que faz com que seja necessário atingir a franquia anual duas vezes antes que o seguro pague pelos cuidados com a maternidade.

Essas considerações tornam a escolha de um plano de saúde uma tarefa complicada. É tentador escolher o que parece ser mais barato (ou seja, um plano com valores iniciais mais baixos). No entanto, esses planos geralmente têm coparticipações ou franquias anuais mais altas, que podem acabar representando um gasto maior do que a diferença entre um valor mais baixo e um mais alto. Por conta disso, aquelas de nós que optarem pelo que parece ser um plano mais barato podem vir a descobrir que, na verdade, acabaram gastando mais com seus planos de saúde.

Uma vez que é impossível prever futuras necessidades médicas, escolher um plano de saúde é sempre uma questão de adivinhação. O que você pode fazer é criar uma lista abrangente de todos os serviços e produtos de saúde que provavelmente usará e, em seguida, verificar se eles são total ou parcialmente cobertos pelos diversos tipos de planos. Essas informações podem estar disponíveis no departamento de recursos humanos do seu trabalho. Vale lembrar que o site da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) mantém uma plataforma eletrônica de apoio à escolha por um plano de saúde: ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor.

É particularmente importante saber se os medicamentos que você utiliza regularmente, bem como métodos alternativos e complementares, são cobertos (total, parcialmente ou nada) e se você precisa consultar sua médica ou médico (o que significa uma coparticipação) para ser encaminhada a especialistas. Após fazer sua lista, certificando-se de adicionar um ou dois problemas de saúde inesperados, você pode tentar calcular quanto realmente teria de pagar do próprio bolso em vários planos. A seguir, apresentamos algumas outras maneiras de controlar o custo com planos de saúde.

ENCONTRANDO OPÇÕES DE BAIXO CUSTO

- **Vá a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).** Existem UBSs em todos os municípios do Brasil. Esses centros de saúde são financiados pelos impostos pagos ao Governo Federal e prestam atendimento a todas as cidadãs e cidadãos sem nenhuma cobrança adicional por despesas do cuidado e atendimento em saúde. Procure a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio no site da Prefeitura Municipal local.
- **Negocie o preço mais baixo.** Hospitais e prestadores de serviços de saúde (incluindo laboratórios) costumam cobrar taxas mais altas para pacientes sem plano de saúde. Você pode ligar para o departamento de cobrança da instituição ou do prestador de serviço e perguntar qual é a melhor taxa. Em seguida (em uma conversa separada), informe à pessoa que a está cobrando que você deseja

pagar apenas essa taxa, ou ofereça um valor à vista que seja menor do que estão querendo cobrar.

- **Não tenha medo de perguntar se existem opções mais baratas disponíveis.** Tratamentos ou exames de baixo custo geralmente são tão – e às vezes mais – eficazes quanto a opção recomendada por sua médica ou médico.
- **Consulte sua profissional de saúde por telefone ou e-mail.** Talvez você consiga obter receitas de medicamentos de uso contínuo, pedidos de exames laboratoriais ou encaminhamentos para especialistas sem ter que ir a uma consulta. Descubra se a profissional de saúde com quem você se consulta trabalha em mais de um lugar, pois os custos podem ser mais baixos em outro local.
- **Consulte uma enfermeira ou obstetritz.** Em algumas situações, essas profissionais podem fornecer os mesmos serviços que uma médica ou médico, mas a um custo menor.
- **Mantenha cópias dos seus resultados de exames.** Você pode evitar ter que repetir exames de sangue e outros exames laboratoriais se houver um registro mostrando que eles foram feitos recentemente. Em muitos laboratórios, os exames podem ser acessados diretamente pela internet e permanecem vinculados ao seu login.
- **Se você estiver hospitalizada em uma instituição privada, peça para falar com uma pessoa da assistência social.** Uma assistente social pode ajudá-la a entender melhor o funcionamento do sistema de saúde e discutir opções para o pagamento da conta do hospital e o custo dos cuidados de acompanhamento ou reabilitação.
- **Analise o custo de obter atendimento em outro país.** Algumas pessoas decidem que é mais econômico viajar para o exterior para receber assistência médica. Tal escolha apenas pode ser considerada por uma pequena parcela da população que possui acesso a privilégios econômicos consideráveis. Nesses casos, infelizmente, pode ser mais difícil de avaliar a segurança das opções de assistência médica no exterior, e você pode não ter recursos ou alternativas (por exemplo, a capacidade de processar ou registrar uma queixa formal) se você sofrer algum dano por conta de serviços que foram realizados em outro país.

OBTER MEDICAMENTOS PELO PREÇO MAIS BARATO POSSÍVEL

Se você tiver prescrição de uso continuado ou prolongado de algum medicamento, descubra se a empresa que o fabrica possui um programa de assistência ao paciente. Esses programas distribuem uma quantidade limitada de medicamentos gratuitos ou com desconto a quem não pode pagar por eles ou não tem seguro. A desvantagem é que a inscrição nesses programas pode ser muito complexa e cheia de termos técnicos. Em muitas comunidades, organizações assistenciais empregam

alguém para ajudar as pessoas a preencher e realizar esse tipo de inscrição. Assistentes sociais também podem ajudar.

Ligue para diversas farmácias da sua redondeza antes de comprar seus medicamentos, pois os custos podem variar entre as farmácias, especialmente quando você está pagando do próprio bolso. Algumas farmácias têm uma lista de medicamentos específicos que elas fornecem a um custo muito baixo, como forma de atrair clientes. Pergunte à sua médica ou médico ou à farmacêutica sobre maneiras econômicas de conseguir comprar seus medicamentos. Em alguns casos, o medicamento pode ser comprado com uma dose mais alta pelo mesmo custo e os comprimidos podem ser cortados ao meio para fornecer a dose desejada. Essa é uma alternativa muito melhor do que tomar doses parciais ou pular dias ou semanas, o que pode ser mais perigoso do que não tomar o medicamento.

Pergunte à sua médica ou médico se um medicamento genérico ou de venda livre (sem necessidade de receita) pode ser uma alternativa mais barata, mas igualmente eficaz, a um medicamento de marca. Não há razão para pagar mais se as opções forem igualmente seguras e eficazes. Procure opções para obter medicamentos com receita de forma mais barata. Alguns medicamentos podem ser adquiridos on-line e até em outros países. No entanto, esteja ciente de que os regulamentos sobre medicamentos variam de país para país e que alguns sites que vendem medicamentos não são confiáveis.

DISPARIDADES NO SISTEMA DE SAÚDE

O acesso ao sistema de saúde está longe de ser igualitário. Mulheres brancas têm mais chances de realizar mamografias regulares do que mulheres não brancas, e estas têm mais chances do que as mulheres brancas de relatar não ter feito um exame de Papanicolau nos últimos três anos. Muito mais mulheres negras do que mulheres brancas não realizam pré-natal ou recebem cuidados pós-gravidez. Mulheres não brancas têm menos chance de obter acompanhamento imediato e adequado para exames de rastreamento de câncer, como mamografias, o que pode contribuir para as taxas mais altas de morte por câncer de mama entre mulheres negras em comparação com mulheres brancas. Da mesma forma, muito mais mulheres não brancas do que mulheres brancas declaram estar em condições de saúde precárias. Elas também têm menos chances de consultar a mesma profissional de saúde regularmente, de ter um plano de saúde e de procurar o serviço de saúde quando ficam doentes. As mulheres de baixa renda, por sua vez, têm mais chances de receber atendimento de estudantes de medicina, enfermagem ou de residentes (médicas ou médicos ganhando prática em uma área específica da medicina), que estão aprendendo e aprimorando suas habilidades. Às vezes, as opções de tratamento que podem estar disponíveis para mulheres com plano de saúde e/ou renda mais alta podem não ser oferecidas. Ao invés disso, algo mais voltado apenas para o controle da doença pode ser indicado. A lei

nacional de reforma da saúde adotada recentemente toma medidas para aumentar o acesso à saúde, oferecendo apoio à educação continuada para profissionais de saúde que trabalham com populações vulneráveis, além de subsídios para aumentar a representação de profissionais de saúde e corpos docentes minoritários.

PRECONCEITO CONTRA USUÁRIAS DE DROGAS

Mulheres que têm problemas com o uso de drogas e álcool, assim como mulheres com histórico de tais problemas, por vezes sofrem discriminação. Por exemplo, alguém pensa que uma mulher é usuária de drogas e nega-lhe a medicação para dor durante o trabalho de parto ou durante o tratamento de doenças dolorosas ou, ainda, faz comentários hostis baseados em informações erradas e preconceitos sobre o uso de drogas. Algumas mulheres são entregues à polícia ao invés de receberem cuidados médicos adequados. Apesar das leis que proíbem a discriminação, mulheres usuárias de drogas frequentemente enfrentam amplas barreiras de acesso a um tratamento adequado. Outra crença bastante comum é a de que mulheres usuárias de drogas não podem ser mães, o que resulta no imediato recolhimento de suas filhas ou filhos após o nascimento e atendimento em um serviço de saúde.¹²

Não posso ir ao consultório médico e dizer “olha, sou viciada em crack” para contar tudo o que precisa ser contado a respeito do que fiz com meu corpo e minha saúde. Eu não acho que exista uma médica nesta cidade à qual eu possa ir e me sentir confortável e que ela possa se sentir bem comigo e me tratar de maneira totalmente igual a qualquer outra pessoa, sabe?

Algumas experiências bem-sucedidas de acolhimento e cuidado em situação de abuso de drogas resistem no SUS. O atendimento multiprofissional é realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, idealmente, pode incluir atividades terapêuticas, indicação de condutas para redução de danos, tratamento medicamentoso, suporte à família e rede de apoio da usuária.

IDIOMA E CULTURA

Muitas pessoas da área da saúde não entendem as crenças e práticas de cada cultura específica, incluindo questões como o pudor físico e sexual que certas mulheres sentem na presença de profissionais de saúde do sexo masculino. Isso faz com que algumas de nós, especialmente imigrantes, sejamos mais suscetíveis a violações de nossos direitos. Pesquisas no Brasil indicam que a barreira do idioma e a dificuldade de comunicação entre paciente e equipe de atendimento hospitalar estão dentre os principais motivos de uma experiência negativa de internação.

Se você tiver dificuldades com o idioma, talvez seja útil buscar ter a companhia de alguém que possa lhe apoiar com a interpretação da consulta. Poucos são os serviços de saúde no Brasil que dispõem de intérpretes para o atendimento de pessoas estrangeiras.

Com o agravamento da crise migratória venezuelana a partir de 2015, as operações de acolhida e interiorização de migrantes e pessoas refugiadas que chegam ao Brasil pelo estado de Roraima têm se intensificado. Nesses programas, as pessoas são cadastradas e regularizam seu processo de migração, emitem documentos como CPF e carteira de trabalho e podem ter atendimento da Defensoria Pública. Os serviços de saúde mental e reprodutiva são cada vez mais reconhecidos como essenciais para pessoas refugiadas, mas, tradicionalmente, há uma ênfase na avaliação de sua saúde apenas para imunização e detecção de doenças infecciosas, como a tuberculose.

QUESTÕES RELACIONADAS A DEFICIÊNCIAS

Aquelas de nós com doenças crônicas e/ou deficiências físicas e de desenvolvimento geralmente enfrentam barreiras para receber assistência médica inclusiva. Por exemplo, nossa renda e cobertura de programas sociais ou plano de saúde são limitadas, falta transporte acessível, os consultórios e/ou equipamentos médicos (como mesas de exame que não se ajustam) também não são acessíveis etc. Uma série de leis federais, dentre elas o Estatuto da Pessoa com Deficiência, de 2015, busca a superação das barreiras e obstáculos à acessibilidade, estabelecendo também padrões para equipamentos de diagnóstico médico, para que as pessoas com deficiência tenham acesso aos cuidados preventivos vitais.

As pessoas prestadoras de serviço de saúde nem sempre têm conhecimento sobre deficiências ou condições específicas; portanto, acaba sendo de nossa responsabilidade fornecer informações médicas e educá-las sobre nossa deficiência ou doença e cuidados adequados. Muitas vezes, é difícil ter que ensinar e, ao mesmo tempo, lutar por nossa causa no momento em que precisamos de cuidados médicos. Outro problema é lidar com profissionais que enxergam apenas a deficiência que temos e não conseguem atender às nossas necessidades de saúde sexual e reprodutiva de forma integral.

Para encontrar profissionais de serviço de saúde capazes e sensíveis às suas condições individuais, pode ser útil entrar em contato com uma organização social de defesa das pessoas que vivem com sua deficiência ou doença específica. Essas organizações podem fornecer informações e recomendações ou, ainda, direcioná-la para uma organização local para receber um encaminhamento.¹³

HOMOFOBIA, TRANSFOBIA E HETEROSSEXISMO

Muitas lésbicas, gays, bissexuais e/ou pessoas transgêneras enfrentam barreiras financeiras, pessoais e culturais para obter cuidados de saúde adequados. Os obstáculos podem incluir os que apontamos a seguir.

Barreiras de acesso ao SUS. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, do Ministério da Saúde, prevê o processo transexualizador e de afirmação de gênero pelo SUS. No entanto, são raros os ambulatórios para cuidados em saúde da população T (trans e travestis), e ainda são poucas as pessoas profissionais sensíveis e alinhadas às melhores evidências científicas no campo da saúde sexual de mulheres lésbicas.

Menor renda e falta de plano de saúde. De acordo com o Centro de Pesquisa e Saúde das Lésbicas (*Lesbian Health & Research Center*), mulheres lésbicas normalmente têm renda mais baixa do que mulheres heterossexuais, além de ter menos chances de possuir plano de saúde, seja por si mesmas ou por sua parceira. Pessoas trans enfrentam muita dificuldade para conseguir um trabalho e, portanto, têm pouca renda, apesar de muitas despesas (especialmente se estiverem usando hormônios sexuais). A baixa renda e a falta de plano de saúde dificultam o pagamento dos serviços de exame e prevenção (e também o tratamento, quando necessário).

Atitudes homofóbicas e treinamento inadequado entre profissionais de saúde. Às vezes profissionais de saúde cometem atitudes homofóbicas ou têm treinamento inadequado no que se refere ao tratamento de lésbicas e mulheres bissexuais. Podemos nos sentir excluídas dos formulários de entrada, dos panfletos colados na parede ou da comunicação como um todo devido à linguagem empregada por profissionais e equipes dos serviços de saúde.

Muitas prestadoras de serviços de saúde têm formulários de adesão que solicitam o estado civil. Eu sempre o altero para “em um relacionamento” e escrevo à mão o que é verdadeiro para mim no momento. Espero que elas entendam.

Médicas e médicos podem presumir que fazemos sexo com homens e nos dar recomendações de cuidados de saúde com base nessa suposição.

Na última vez em que uma médica me perguntou qual método contraceptivo eu estava usando (o que, ela admitiu, era completamente irrelevante para o motivo da minha consulta), eu disse que não precisava usar nenhum no momento. Ela escreveu “não sexualmente ativa” no meu formulário, e eu saí da sala furiosa, não só com ela, mas comigo mesma por não tê-la confrontado.

Por outro lado, algumas pessoas profissionais de saúde não perguntam às lésbicas sobre práticas sexuais mais seguras porque assumem, erroneamente, que mulheres que fazem sexo com mulheres não correm risco de infecções sexualmente transmissíveis. As atitudes e o treinamento melhoraram significativamente nesse sentido, especial-

mente nas grandes cidades, mas muitos serviços de assistência médica continuam adotando práticas que tornam as pessoas LGBTQ+ menos propensas a procurar atendimento ou a se abrir com profissionais de saúde sobre orientação sexual, práticas sexuais e necessidades de cuidados de saúde. Tudo isso pode afetar a saúde a longo prazo.

Passei de uma médica a outra procurando alguém com quem eu me sentisse à vontade para conversar sobre ser sexualmente ativa com mulheres e homens e uma profissional do sexo. As reações que encontrei foram muito negativas e críticas. Por fim, acabei parando de falar sobre isso. Fico feliz em dizer que, finalmente, encontrei um bom lugar para ir aqui em São Paulo. É uma clínica de saúde especialmente para pessoas LGBTQ+. As médicas não nos julgam lá. Agora tenho uma médica que sabe tudo sobre mim e sempre me sinto à vontade conversando com ela.

A capacidade de nos abirmos com as profissionais de saúde pode melhorar a qualidade dos cuidados que recebemos. Quando podemos ser totalmente honestas sobre nossas vidas, nossas preocupações e nossos riscos e comportamentos de saúde, nossas médicas e médicos podem cuidar melhor de nós. Isso porque estamos mais à vontade para fazer perguntas, discutir informações confidenciais que podem ser críticas para o diagnóstico de um problema e para procurar ajuda quando precisamos.

Para muitas de nós, nos assumir para nossas médicas e médicos é a primeira coisa a fazer para que possamos determinar imediatamente se aquela pessoa é adequada para nós. Mesmo que não estejamos prontas para nos assumir para uma médica ou médico ou profissional da saúde, é essencial que ela conheça nossos comportamentos de risco, para que possa considerar todas as informações possíveis para cuidar adequadamente de nós.

Pratico com antecedência como manter minha privacidade e, ainda assim, não deixar de obter os cuidados de que preciso: maneiras de me recusar a responder perguntas ofensivas ou desnecessárias e de fazer perguntas diretas e específicas sobre o que preciso saber.

Como você pode aumentar suas chances de encontrar uma profissional de saúde sensível às suas preocupações? A *Human Rights Campaign* (Campanha de Direitos Humanos), o maior grupo de defesa dos direitos civis LGBTQ+ nos Estados Unidos, oferece as seguintes dicas:

- **Peça indicações:** pergunte a amigas ou em centros LGBTQ+ locais os nomes das prestadoras de serviços de saúde amigáveis à comunidade LGBTQ+. Pesquise

na internet se há próximo de você um Centro de Referência em Cidadania LGBT+.

- **Pergunte por telefone:** quando você ligar para marcar uma consulta, pergunte se a clínica atende alguma pessoa LGBT+. Se você ficar nervosa em perguntar, lembre-se de que não precisa dar seu nome durante a ligação inicial.
- **Leve uma pessoa amiga:** se você não se sentir à vontade em ser totalmente aberta com sua médica ou médico, considere pedir a uma pessoa amiga de confiança para acompanhá-la.
- **Tente construir um ambiente mais confortável:** peça à sua médica ou médico para conversar por alguns minutos enquanto você ainda está completamente vestida, talvez ainda antes de chegar à sala de exames.
- **Saiba o que perguntar:** aprenda sobre os problemas de saúde específicos que as pessoas LGBT+ enfrentam.

Você tem o direito de ser tratada de acordo com a sua identidade de gênero, orientação sexual e/ou *status* de relacionamento. Profissionais de saúde ou pessoas de sua equipe que não estão habituadas a trabalhar com pessoas LGBT+ podem adotar um roteiro heterossexual ou gênero-cisnormativo (o que significa que elas assumem que todas as mulheres são atraídas por homens e que, se você tem uma vagina, então se identifica como mulher). Se isso acontecer, lembre-as de quem você é e quais problemas são relevantes e apropriados para você.

Os formulários de histórico de saúde podem incluir um espaço para informar um apelido ou outro nome pelo qual você prefere ser chamada. Para aquelas de nós que são transgêneras, este é um bom lugar para escrever seu gênero e pronome preferido. Você pode reiterar isso ao responder às perguntas sobre gênero (que talvez você precise adaptar/expandir) e também lembrar verbalmente à recepcionista que você gostaria que a equipe a tratasse pelo gênero e pronome indicados.

A identidade de gênero é protegida pelas diretrizes de privacidade, portanto, divulgá-la durante o processo de receber cuidados de saúde não significa que será divulgada ou compartilhada em outro lugar. Os formulários de admissão nem sempre possuem um campo para orientação sexual, mas, ainda sim, você pode escrever para ajudar a impedir que suposições sejam feitas.

Nos serviços públicos, existem diferentes normativas que determinam expressamente o respeito e uso do nome social, a exemplo do Decreto nº 8.727/2016.

Você também tem a opção de não revelar sua orientação sexual ou identidade de gênero durante o exame. É difícil para a equipe de saúde fazer o melhor trabalho possível sem todas as informações pertinentes, mas faça o que parecer melhor para você no momento. Lembre-se: é seu direito receber os cuidados necessários.

BARREIRAS ENCONTRADAS POR MULHERES ENCARCERADAS

As mulheres encarceradas enfrentam barreiras particularmente difíceis quanto ao sistema de saúde e acesso a serviços médicos adequados. Mulheres encarceradas geralmente têm uma saúde mais precária do que outras mulheres, mesmo antes de entrarem na prisão, principalmente por conta de quadros de vulnerabilidade socioeconômica anteriores ao cárcere.¹⁴

Além disso, segundo o relatório *Towards a health-informed approach to penal reform* (Rumo a uma abordagem informada em saúde para a reforma penal), “o cárcere é um ambiente que pode tanto criar novos problemas de saúde quanto agravar os já existentes, dadas as condições materiais precárias, bem como o difícil acesso a serviços de saúde adequados e a tratamentos com maior nível de complexidade”.¹⁵

No Brasil, um levantamento de 2018 identificou que a incidência de tuberculose é 35 vezes maior na população prisional que na população em geral.¹⁶ Em relação ao HIV/Aids, a incidência entre a população privada de liberdade é 138 vezes maior que entre a população em geral, segundo dados mais recentes.¹⁷

Com efeito, quando as mulheres vão para a prisão, perdem os cuidados que estavam recebendo: os protocolos de tratamento são interrompidos, os diagnósticos não são seguidos, as relações com profissionais de saúde são descontinuadas e até mesmo medicações de uso contínuo deixam de ser utilizadas. Dentro do sistema penitenciário, os pedidos de atendimento médico ou terapêutico são feitos, primeiramente, às guardas penitenciárias, que atuam como vigilantes dos cuidados médicos.

Considerando esse cenário e buscando garantir o acesso à saúde da população privada de liberdade, foi instituído, em 2005, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que garante o direito ao acesso dessa população a ações e serviços de saúde legalmente definidos pela Constituição Federal de 1988, e criada, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, que organiza as ações de saúde para que essa população possa ter acesso e ser acompanhada de forma integral em todo o âmbito de saúde por meio do SUS.

Ainda assim, mesmo com a constante reivindicação de direitos por parte das organizações da sociedade civil, mulheres privadas de liberdade continuam sofrendo uma série de violações no Brasil, conforme pesquisa realizada pelo Infopen Mulheres e reportada pelo Instituto Terra, Trabalho e Cidadania:

De acordo com o Infopen Mulheres 2017, cerca de 25% das mulheres custodiadas no período analisado [de 2008 a 2019] estavam em unidades sem módulo de saúde. Apesar de a Lei de Execução Penal determinar que pessoas privadas de liberdade devem ser encaminhadas para outro local quando o estabelecimento penal não dispuser das condições necessárias ao atendimento de saúde, é difícil mensurar quantas pessoas de fato conseguem acessar tal direito devido à carência

de dados. Não são raros relatos de pessoas que não conseguem acessar serviços de saúde externos por conta da falta de escolta e/ou pelos procedimentos burocráticos necessários.¹⁸

Mulheres grávidas frequentemente lidam com a falta de alimentos nutritivos e com um atendimento pré-natal inadequado. Elas são frequentemente forçadas a dar à luz algemadas ou na frente de guardas. Desde 2017 há uma lei federal que proíbe o uso de algemas em mulheres presidiárias durante o parto e o pós-parto imediato, mas, mesmo assim, persistem os relatos e notícias de uso de algemas. Muitas vezes, crianças são retiradas das mães imediatamente após o nascimento, enquanto elas mesmas recebem pouco ou nenhum cuidado pós-parto.¹⁹

Ao sair da prisão, essas mulheres precisam se cadastrar novamente em uma Unidade Básica de Saúde e aguardar o agendamento da consulta para obter atendimento com uma médica ou médico. Nesse tempo, os protocolos de tratamento que elas podem ter recebido na prisão são interrompidos. Mulheres criminalizadas, tanto na prisão como fora dela, muitas vezes acham que suas queixas de saúde não são levadas a sério em função de sua situação de egressa do sistema prisional.

A discussão acima mostra o caráter essencialmente violador das prisões para as mulheres e a importância de medidas que não promovam o encarceramento como forma de garantia de sua saúde. Enquanto isso não é possível, é preciso reivindicar que o Estado ofereça condições mínimas de dignidade para as pessoas em privação de liberdade, respeitando, assim, o acesso à saúde garantido pela Constituição.

EXERCENDO NOSSOS DIREITOS

Nossos direitos como pacientes significam pouco se não puderem ser exercidos de maneira eficaz. A estratégia que vamos utilizar para exercê-los dependerá das leis nacionais e dos direitos envolvidos. Algumas das maneiras mais comuns de exercer e fazer valer nossos direitos estão listadas abaixo. Você pode obter mais informações e possível assistência entrando em contato com grupos de saúde da mulher, grupos de consumidores ou serviços de assessoria jurídica.

MANIFESTANDO NOSSAS QUEIXAS

Quando estamos doentes ou com dores, podemos relutar em reclamar do nosso tratamento por medo de afastar as pessoas profissionais de saúde que estão nos atendendo. No entanto, muitas de nós acreditam que dar voz às nossas preocupações não apenas melhora o cuidado que recebemos, como também contribui para nossa própria sensação de bem-estar.

Às vezes, é útil discutir suas intenções com sua médica ou médico antes de realmente apresentar alguma queixa contra ela ou ele, pois isso pode ser o incentivo necessário para que ela ou ele possa melhorar. Essa, inclusive, pode ser a base para relacionamentos positivos e duradouros entre uma mulher e sua médica ou médico, uma vez que profissionais conscientes desejam saber se há algum problema e querem uma chance de remediá-lo ou resolvê-lo.

As reclamações são importantes porque alertam profissionais de saúde sobre possíveis problemas que, se corrigidos, podem melhorar o atendimento a todas e todos. Se você não estiver satisfeita com os resultados de sua consulta médica ou se presenciar qualquer comportamento inadequado por parte da profissional, não hesite em relatar o problema. Anote o que ocorreu assim que puder e escreva uma carta que indique claramente o que aconteceu e quando. Se amigas, amigos ou familiares tiverem presenciado o ocorrido, peça-lhes que registrem seus pensamentos e observações imediatamente. Certifique-se de que todos os seus registros médicos e materiais de apoio estão organizados antes de você apresentar uma queixa, pois sua médica ou médico pode ficar na defensiva ou tentar manipular as informações incluídas em seu registro depois. Para conseguir obter seus registros ou transferi-los para outra profissional, você não precisa falar com a profissional anterior, nem justificar sua decisão; você pode, simplesmente, pedir à equipe administrativa do serviço de saúde para enviar seus registros médicos para você. Será solicitado que você assine um comunicado de autorização e, às vezes, pode ser cobrada uma pequena taxa para copiar documentos.

Avalie a gravidade da sua reclamação. Por exemplo, se a médica ou médico se atrasa constantemente e você passa muito tempo na sala de espera, esse é um ponto que precisa ser discutido com a pessoa ou gerente da clínica primeiro. Se a médica ou médico está desrespeitando você, é melhor chamar, educadamente (num primeiro momento), atenção para isso. Peça que mostre o devido respeito a você e tente melhorar o relacionamento. Se não for possível, procure uma nova médica ou médico!

Por outro lado, se alguma pessoa profissional de saúde é física, emocional ou sexualmente abusiva ou viola sua privacidade ou segurança, deve ser feita uma queixa mais formal. Para fazer uma reclamação formal, você precisará saber para onde enviá-la.

Se a sua reclamação for apresentada contra uma pessoa profissional de saúde certificada, envie-a ao conselho apropriado. Você também pode fazer uma reclamação junto à administração do hospital, bem como à ouvidoria deste. Também é possível acionar a Ouvidoria Geral do SUS, por meio do Disque Saúde 136, da internet, por carta ou presencialmente, assim como as ouvidorias das secretarias municipal ou estadual de saúde (neste último caso, verifique apenas se você foi atendida por um serviço municipal ou estadual).

Caso se trate de hospital particular ou caso tenha utilizado plano de saúde, você poderá fazer uma denúncia na ANS, na Anvisa e/ou no Procon.

Em qualquer hipótese, se houver dúvidas sobre as medidas adequadas, considere discutir sua experiência com uma advogada ou advogado de confiança, defensora pública ou com alguma associação que preste assessoria jurídica para que possa compreender seus direitos. Com essas informações em mãos, você poderá tomar uma decisão informada sobre a melhor forma de seguir.

TRABALHANDO PELA TRANSPARÊNCIA

Seja como sujeitas do direito à saúde no SUS ou como consumidoras de serviços de saúde, devemos ser capazes de determinar por nós mesmas se os tratamentos que estamos recebendo são seguros e eficazes, quanto estamos dispostas a pagar por nossos tratamentos, se as/os profissionais de saúde que nos atendem são competentes e se os ambientes em que recebemos assistência médica respeitam práticas recomendadas e protegem, de forma confiável, nossa segurança como pacientes. Existe transparência quando as informações que precisamos para fazer essas determinações são fáceis de acessar e entender.

Hospitais e seguradoras coletam e relatam quantidades extraordinárias de dados sobre os custos, processos e resultados dos tratamentos. Por exemplo, os hospitais rastreiam suas taxas de cesáreas, taxas de várias complicações de histerectomia e outras cirurgias ginecológicas, incidência de infecções e custos de serviços. Até pouco tempo atrás, esses dados não eram disponibilizados ao público, e muitos ainda não são. Após intensa mobilização e incidência do movimento de mulheres junto ao Ministério Público Federal para denunciar as taxas abusivas de cesáreas na saúde suplementar, a ANS deu início à implementação de um amplo programa nacional para o enfrentamento desse problema. Um dos primeiros resultados dessa ação foi a publicação da Resolução Normativa nº 368, de 2015, que estabeleceu a organização e disponibilização das taxas de parto normal e cesárea praticadas por médicas ou médicos individualmente e pelas operadoras de planos de saúde como um todo.

Permanece como desafio ao governo federal a divulgação de dados sobre a qualidade e o custo de procedimentos hospitalares de maneiras úteis e compreensíveis para a população. Até que os governos federal, estaduais e municipais priorizem a divulgação pública de custos e resultados de todos os tipos de assistência médica, defensoras e defensores de pessoas usuárias do SUS e de clientes de planos de saúde estão preenchendo a lacuna, rastreando dados por conta própria nos sistemas de informação oficiais do SUS ou buscando obter as informações desejadas por meio da Lei de Acesso à Informação.

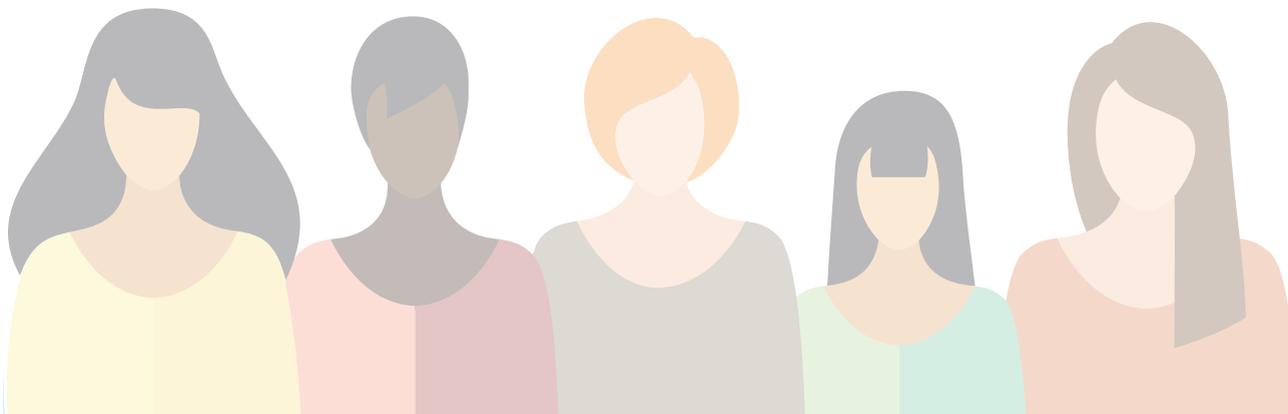
NOTAS

1. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Ministério da Saúde, 2012.
2. Informações disponíveis em: http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/nota-atuacao-projeto-parto-adequedo.pdf
3. Alejandro Goldberg, Cássio Silveira e Denise Coviello (org.), *Migração, refúgio e saúde*. Santos: Editora Universitária Leopoldianum, 2018.
4. A lei que regula a proteção de dados pessoais no Brasil é a Lei nº 13.709/2018, sendo conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Essa Lei determina que o tratamento e utilização de seus dados pessoais depende de seu consentimento. Sendo assim, é de extrema importância que você leia as políticas de privacidade e termos de uso dos aplicativos ou sites para entender se você realmente concorda com a forma de utilização dos dados fornecidos.
5. O site da Anvisa (gov.br/anvisa) oferece muitas informações, incluindo alertas de segurança sobre os últimos medicamentos retirados do mercado, além de avisos sobre remédios específicos. Também é possível encontrar atividades e apoio para pacientes e familiares nos canais de comunicação da Fundação para a Segurança do Paciente (segurancadopaciente.org). Tenha cuidado ao procurar informações em outros sites, pois muitos são patrocinados por empresas farmacêuticas. Devemos desconfiar de anúncios e publicidades de medicamentos, pois assim protegemos nossa saúde.
6. Lembre-se de que o Brasil possui uma lei que regulamenta o uso de dados pessoais de qualquer pessoa: a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Um dos princípios dessa lei é o consentimento, o que significa que os seus dados apenas serão utilizados para as finalidades que você permitir ao concordar com os termos de uso e políticas de privacidade.
7. *Unnecesarean* é um termo usado em inglês (derivado da junção entre unnecessary, desnecessário, e cesarean, cesárea) para designar uma cesárea realizada sem necessidade médica/clínica. O mesmo ocorre em português, com o emprego pelas mulheres do termo “desnecesárea”.
8. Para obter mais informações sobre os critérios de classificação do *healthnewsreview.org* e para ver as classificações em mais de mil reportagens sobre saúde nos principais meios de comunicação, visite healthnewsreview.org
9. Resumos das resenhas em linguagem acessível podem ser acessados on-line, gratuitamente, e alguns deles estão disponíveis em português, no site da Colaboração Cochrane Brasil: <https://brazil.cochrane.org/traduções>
10. A cartilha está disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf
11. No site do Ministério da Saúde (aps.saude.gov.br/ape/pics) você pode encontrar informações de pesquisas sobre tratamentos tais como acupuntura, yoga, ervas, meditação, entre outros.

12. Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama, *Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo*. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG.pdf>
13. Para obter mais informações, consulte o guia on-line *Mulheres com deficiência: garantia de direitos para exercício da cidadania, publicado pelo Coletivo Feminista Helen Keller em 2020. Há seções sobre saúde reprodutiva, sexualidade e acesso a cuidados de saúde*. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPID/publicacoes/12359_guia_feminista_helen_keller_mulheres_com_deficiencia_.pdf
14. Ver Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITTC), “Saúde nas prisões: olhando para as mulheres migrantes em conflito com a lei”. 30 de setembro de 2020. Disponível em: <http://itc.org.br/boletim-saude-migrantes/>
15. Mais informações disponíveis no mesmo artigo do ITTC.
16. Para mais informações, veja o artigo de Bianca Muniz e Bruno Fonseca, “Em alerta por coronavírus, prisões já enfrentam epidemia de tuberculose”. *Publica*, 17 de março de 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/03/em-alerta-por-coronavirus-prisoas-ja-enfrentam-epidemia-de-tuberculose/#Link1>
17. Para mais informações, veja o artigo “Incidência de aids é 138 vezes maior nas prisões”, publicado pela *Agência de Notícias da Aids* em 9 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/incidencia-de-aids-e-138-vezes-maior-nas-prisoas/>
18. Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITTC), “Saúde nas prisões: olhando para as mulheres migrantes em conflito com a lei”.
19. Mais informações em: Ministério da Justiça (Secretaria de Assuntos Legislativos), *Dar à luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão*, 2015. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/201clugar-de-crianca-nao-e-na-prisao-nem-longe-de-sua-mae201d-diz-pesquisa/pesquisa-dar-a-luz-na-sombra-1.pdf>

PARTE 7

Impactos na Sexualidade & Saúde Reprodutiva





VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL

O DEBATE em torno da violência contra as mulheres implica uma diversidade de vozes e perspectivas sem as quais o problema não pode ser compreendido em sua complexidade. No caso brasileiro, acompanhamos uma discussão na qual, ao menos desde a década de 1980, tem ecoado a máxima “o pessoal é político”,¹ buscando trazer a público problemáticas silenciadas como questões de foro íntimo, pessoais. De lá para cá, produziu-se um cenário em que as demandas dos movimentos sociais, a produção do conhecimento científico e uma série de dispositivos no campo legislativo trouxeram não só novos mecanismos de proteção às mulheres, mas também novas perguntas.

Neste capítulo, apresentamos um panorama das formas como as violências contra as mulheres foram enfrentadas no contexto brasileiro, propondo que as pensemos como violências de gênero, isto é, como formas de violência que se expressam a partir da produção de relações assimétricas entre mulheres e homens. Entendemos que tais violências são produto de um sistema de pensamento que não só localiza as mulheres em espaços subalternos nessas relações, mas que também oferece respaldo para a manutenção da violência de homens contra outros homens e contra pessoas LGBTQ+. Em resumo, quando refletimos sobre as violências praticadas contra mulheres como violências de gênero, estamos indicando a relação entre uma série de práticas violentas e a produção de uma forma de pensamento que não apenas produz relações de desigualdade entre mulheres e homens, mas que também torna evidente sua conexão com modelos rígidos de feminilidade e masculinidade. Estes últimos negociam com modelos tradicionais de conjugalidade, família e sexualidade que são amplamente sustentados por noções hierárquicas e que localizam com frequência mulheres, crianças e pessoas idosas em posições de subalternidade.

No caso brasileiro, a violência contra a mulher em suas inúmeras formas está presente entre diferentes grupos no que diz respeito a classe e raça, por exemplo. Para muitas de nós, que trabalhamos e refletimos nesse campo, é evidente que, ao buscarmos compreender e produzir soluções para o enfrentamento da violência, precisamos ter em mente que não estamos lidando com um sujeito único e homogêneo ao qual se convencionou chamar “mulher”.² Na medida em que reconhecemos a diferença entre as mulheres, encaramos as especificidades com que a violência de gênero afeta distintamente cada uma delas, assim como o acesso diferenciado aos mecanismos e às

redes de proteção. Nesse contexto, algumas perguntas emergem e colocam desafios à atuação dos movimentos feministas e de mulheres, assim como de profissionais envolvidos com a garantia dos direitos das mulheres. Mulheres de diferentes lugares sociais dispõem do mesmo acesso e das mesmas estratégias para lidar com as diferentes formas de violência? Quais as complexidades envolvidas na reflexão sobre a violência de gênero quando a vítima é, por exemplo, uma mulher com deficiência ou uma mulher imigrante que não fala fluentemente o português? Estamos devidamente preparadas e equipadas enquanto rede de proteção para acolher as suas demandas? Nossas discussões contemplam diferentes experiências e necessidades? Neste capítulo, não buscamos esgotar tais questões, mas evidenciar sua presença e apontar caminhos para pensarmos juntas.

HISTÓRICO DA LUTA FEMINISTA

A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES COMO UM PROBLEMA DO ESTADO

No Brasil, a violência contra as mulheres passou a ser uma prioridade do movimento feminista e do movimento de mulheres a partir do final da década de 1970. No período de transição para a democracia, foram discutidas inúmeras formas de violência, envolvendo a violência sexual contra presas políticas, a violência policial, entre outras.

Campanha “Quem ama não mata”

No final da década de 1970, em razão do feminicídio de Ângela Diniz, mulher da classe alta brasileira, por seu então companheiro Doca Street, um forte movimento pela defesa da vida das mulheres emergiu.

“Quem ama não mata” foi um dos primeiros *slogans* utilizados pelo movimento de mulheres, então organizado com o objetivo de monitorar, acompanhar e pressionar os representantes da justiça para solucionar casos de mulheres assassinadas por seus companheiros.³

O caso foi bastante emblemático porque evidenciou o uso do tradicional argumento da “legítima defesa da honra” como justificativa para o assassinato de mulheres, muito utilizado para invisibilizar as violências cometidas dentro do espaço privado.

No início dos anos de 1980, porém, a violência doméstica e conjugal contra as mulheres passou a estar no centro das reivindicações feministas no Brasil, mais precisamente no II Congresso da Mulher Paulista.

Naquele momento, o objetivo era evidenciar que a violência contra as mulheres estava presente na sociedade brasileira e contava com a conivência do Estado para se perpetuar. O movimento lutava para que a questão deixasse de ser analisada exclusivamente como pertencente à esfera privada, passando a ser compreendida como um problema social.

A partir do questionamento direto do ditado “em briga de marido e mulher não se mete a colher”, foi trazida à tona a necessidade de oferecimento de respostas estatais para o enfrentamento da violência contra mulheres.

Após grande pressão, e como resposta às críticas feministas sobre o atendimento policial a mulheres em situação de violência, houve a criação, em 1985, da primeira delegacia policial de defesa da mulher. Essas delegacias, ainda que posteriormente tenham sido objeto de inúmeras críticas, auxiliaram, em conjunto com estudos elaborados pelo Conselho Estadual da Condição Feminina, na construção de estatísticas oficiais a respeito da violência contra as mulheres, salientando seu caráter doméstico e familiar.

Problemáticas envolvendo as DDMs

Ainda que criadas a partir das demandas apresentadas pelo movimento feminista, as Delegacias de Defesa da Mulher (DDMs) acabaram por restringir à criminalização a abordagem do enfrentamento da violência.

Assim, no início dos anos 1990, as organizações feministas desiludiram-se com as delegacias da mulher devido à falta de institucionalização da capacitação das policiais a partir de uma perspectiva de gênero e da dificuldade de diálogo com as delegadas.⁴

Foi nesse contexto que houve a criação, também em 1985, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), o qual lançou uma campanha nacional chamada “Constituinte para valer tem que ter direitos da mulher!” para garantir uma maior participação das mulheres na redação da nova Constituição (elaborada para substituir a que vigorava durante a ditadura). O movimento de mulheres encaminhou uma Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes e, como resultado, a Constituição Federal de 1988 passou a reconhecer a responsabilidade do Estado no enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres,⁵ reforçando a necessidade da construção de políticas públicas com esse objetivo.

O contexto das Convenções e Conferências Internacionais

O processo de mudanças legislativas tem seus avanços registrados particularmente a partir da década de 1990 no contexto de duas importantes convenções internacionais de direitos das mulheres: a Conferência para Eliminação de

Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – CEDAW (1979) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994). Nesse período, houve também a realização das Conferências Internacionais de Direitos Humanos (Viena, 1993), População (Cairo, 1994) e Mulheres (Beijing, 1995), que colocaram em relevo os direitos das mulheres como direitos humanos e as estratégias para seu reconhecimento e promoção.⁶

Em meados dos anos 1990, o enfrentamento da violência contra as mulheres sofreu fortes mudanças em razão da criação dos Juizados Especiais Criminais, instituídos para substituir penas repressivas por penas alternativas (multas, serviços comunitários e conciliações) no caso de infrações penais de menor potencial ofensivo.

Ainda que não tenham sido criados com essa finalidade, os Juizados Especiais Criminais passaram a julgar grande parte dos casos de violência contra as mulheres, sendo extremamente criticados por promoverem sua trivialização, uma vez que as penas aplicadas se resumiam ao pagamento de cestas básicas e multas de valor simbólico.

A LUTA DO MOVIMENTO FEMINISTA PELA LEI MARIA DA PENHA

Após extensa luta do movimento feminista, é editada a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), que busca construir uma resposta do Estado brasileiro ao problema da violência contra as mulheres. Sua elaboração foi realizada por um consórcio de organizações não governamentais feministas, juntamente com o apoio da Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República.⁷

Contexto de promulgação da Lei Maria da Penha

A edição da Lei Maria da Penha situa-se nos contextos políticos internacional e nacional que favoreceram a absorção da proposta elaborada pelo movimento feminista.

No campo internacional, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher havia sido divulgada pela ONU em 1993 e, em 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (“Convenção de Belém do Pará”) havia sido aprovada pela Organização dos Estados Americanos (OEA).

As duas convenções reconhecem que a violência contra a mulher, no âmbito público ou privado, constitui grave violação aos direitos humanos e limita total ou parcialmente o exercício de seus demais direitos fundamentais.⁸

Nesse sentido, a lei é reconhecida por seu caráter inovador e paradigmático, buscando estabelecer uma abordagem integral e articulada com perspectiva de gênero para o enfrentamento da violência contra as mulheres.⁹

A Lei Maria da Penha definiu a violência contra as mulheres como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

Sua proposta é construir as condições necessárias para a garantia de uma vida livre de violências às mulheres por meio de uma política pública pautada em três pilares: prevenção da violência,¹⁰ incluindo a necessidade de discussão sobre questões de gênero no ambiente escolar; proteção das mulheres e de suas famílias, garantindo-lhes acesso a direitos, entre eles o acesso a medidas protetivas (detalhadas no item “Como mulheres podem buscar acolhimento e apoio para o enfrentamento de situações de violência?”); e responsabilização dos autores da violência, não necessariamente por meio de sua responsabilização criminal.¹¹

Você sabe quem é Maria da Penha?

Maria da Penha Maia Fernandes é farmacêutica bioquímica, nascida em Fortaleza, Ceará, e tornou-se símbolo na construção da Lei nº 11.340/2006, também batizada com seu nome.

No ano de 1983, Maria da Penha foi vítima de dupla tentativa de feminicídio por seu então companheiro, razão pela qual ficou paraplégica. Mesmo após acionar o sistema de justiça brasileiro, passados 15 anos da sentença de condenação, o autor das violências não foi responsabilizado, valendo-se de sucessivos recursos processuais.

Tendo em vista a omissão do Estado brasileiro, o Centro para a Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e o Comitê da América Latina e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM/Brasil) realizaram uma denúncia perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

A CIDH reconheceu que o Estado brasileiro foi negligente e omissivo em relação à violência doméstica contra as mulheres e fez uma série de recomendações, entre as quais a elaboração de uma lei específica sobre violência contra mulheres em conformidade com a Convenção de Belém do Pará.

Após a condenação internacional, o movimento feminista brasileiro promoveu forte pressão política, a qual resultou na construção da Lei 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha.

A partir da Lei Maria da Penha, inúmeros foram os avanços no enfrentamento da violência contra as mulheres, tais como a criação de serviços especializados de atendimento às mulheres, a sensibilização de profissionais para atendimento e a am-

pliação do debate e conscientização sobre a violência contra as mulheres, tornando tal questão um problema público.

Restam, entretanto, diversos problemas para a efetivação da lei. É frequente a denúncia da falta de condições para aplicá-la de forma adequada, sendo comum a ausência de serviços especializados e a inexistência de redes especializadas de atendimento.

Aos dezenove anos sofri uma tentativa de estupro, consegui escapar do agressor, mas fiquei bastante ferida. Era final de semana, por isso a Delegacia de Defesa da Mulher estava fechada e fiz o boletim de ocorrência na delegacia comum. Percebi que uma parte dos funcionários ficou consternada com o meu relato, mas não me senti acolhida por ninguém. Não recebi nenhuma palavra empática, desde o escrivão até o médico que fez o exame de corpo de delito.

Além disso, é certo que o acesso à rede de atendimento, bem como a mecanismos de proteção, é afetado diretamente por diferenças de classe, raça, orientação sexual, condição migratória ou de refúgio e outras questões que fazem com que a violência de gênero incida sobre cada mulher de maneira diversa. Para se ter uma ideia, de acordo com o *Mapa da Violência 2015*, entre os anos de 2003 e 2013, houve um aumento de 54% no número de homicídios de mulheres negras. No mesmo período, a quantidade anual de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8%.¹²

O cenário descrito nos leva a questionar quais mulheres a política pública e a proteção prevista na Lei Maria da Penha, na prática, têm se destinado a atender.

Por fim, de acordo com levantamento realizado pela *Revista AzMina*, o número de projetos de lei que tentam alterar a Lei Maria da Penha cresceu mais de cinco vezes de 2018 para 2019, passando de 14 para 75 proposições. Uma em cada cinco dessas proposições não é favorável à proteção das mulheres, principalmente por se centrarem na criminalização dos autores da violência sem considerar a necessidade de fortalecimento de uma rede de serviços efetiva para oferta de proteção às mulheres.¹³

Nos tópicos a seguir, falaremos a respeito das formas de enfrentamento às violências contra as mulheres, partindo, principalmente, da proposta apresentada pela Lei Maria da Penha, considerada pela ONU como uma das legislações mais avançadas do mundo.

PARA FACILITAR A COMPREENSÃO!

Lei	Do que se trata?
Constituição Federal de 1988	Prevê a igualdade entre homens e mulheres, assim como determina que é dever do Estado a prevenção e o enfrentamento das violências contra as mulheres.
Decreto nº 4.377/2012	Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979.
Decreto nº 1.973/1996	Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.
Lei nº 11.340/2006 (“Lei Maria da Penha”)	Cria mecanismos para prevenir e enfrentar a violência doméstica e familiar contra as mulheres.
Lei nº 12.845/2013	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
Lei nº 13.104/2015	Mudou o Código Penal para prever o feminicídio, assassinato de uma mulher pela condição de ser mulher, como circunstância qualificadora do crime de homicídio. ¹⁴

TIPOS DE VIOLÊNCIA

Episódios de violência podem ser classificados de diversas maneiras: de acordo com a natureza da agressão (por exemplo, violência sexual), com o local de ocorrência (violência intradomiciliar ou doméstica), com o tipo de relação estabelecida entre as pessoas envolvidas (violência por parceiros íntimos) ou mesmo com o grupo específico atingido (por exemplo, violência contra pessoas idosas). Neste capítulo, abordamos com mais ênfase a violência contra mulheres, entendendo-a como qualquer ato baseado em gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.¹⁵

Para facilitar a identificação, abaixo estão alguns exemplos de formas de violência:

Física: Caracterizada por todo ato que atinja a integridade física ou saúde corporal da mulher. São exemplos: tapas, empurrões, chutes, tentativa de asfixia, tentativa de homicídio, puxões de cabelo, beliscões, queimaduras, entre outras.¹⁶

Psicológica: Compreendida como toda ação ou omissão que cause ou vise a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento de uma mulher. Inclui, por exemplo, humilhações, críticas repetitivas, uso de nomes ofensivos, ameaças de

agressão, danos propositais ou ameaças a objetos pessoais, danos ou ameaças a animais de estimação, danos ou ameaças a pessoas queridas, impedimento de contato com a família e amigos, ameaças a crianças como forma de atingir a mulher, entre outras.

Moral: Caracterizada pela calúnia (art. 138 do Código Penal), difamação (art. 139 do Código Penal) ou injúria (art. 140 do Código Penal). Muitas vezes, se verifica pela desqualificação moral da mulher (frequentemente perante a família e a comunidade).

Patrimonial: Acontece quando o autor da violência oculta, rouba ou danifica dinheiro, objetos, documentos ou pertences da mulher, cria dívida em seu nome ou proíbe o seu acesso a recursos econômicos para impedi-la de viver a sua vida com autonomia.

Sexual: São atos ou tentativas de relação sexual sob qualquer forma de coação, que podem ocorrer no casamento ou em outros relacionamentos. A violência sexual pode ser realizada em diversas circunstâncias e causada por pessoas desconhecidas ou nas relações com vínculo familiar e/ou conjugal (nesta última situação, aplica-se a Lei Maria da Penha).

São exemplos: estupro dentro do casamento ou namoro; negar à mulher o direito de usar anticoncepcionais ou de adotar outras medidas de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST); investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive exigência de sexo como pagamento de favores; atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, inclusive mutilação genital feminina, entre outras.

Quando criança, eu passei muitos finais de semana com meus avós, às vezes parte das férias também. Desde pequena fui ensinada a não recusar o carinho deles e sempre corresponder aos beijos e abraços da família, especialmente dos avós. Numa dessas temporadas de férias, meu avô me fez carícias por dentro da roupa. Fiquei constrangida, mas não demonstrei, e demorei para entender que não era um carinho normal. Só entendi que se tratou de violência sexual muitos anos depois.

Virtual: Compreendida como a violência on-line praticada contra as mulheres. Pode ser realizada por meio de censura, discurso de ódio, ofensas, ameaças, *stalking* (perseguição persistente), exposição de dados pessoais, utilização não consentida de fotos, exposição de intimidade, extorsão, roubo de identidade, invasão ou ataques à segurança de sistemas e ataque coordenado.¹⁷

Institucional: A violência institucional é aquela praticada por órgãos e agentes públicos, como em delegacias, hospitais e escolas. Ela pode se dar de diversas maneiras, como, por exemplo, sob a forma de violência verbal, violência física (incluindo procedimentos médicos não consentidos), negligência e tratamento discriminatório. No Brasil, o movimento de mulheres e a pesquisa científica destacam a violência obstétrica como violência institucional de gênero enraizada e frequentemente normalizada no cotidiano dos serviços de saúde.¹⁸

Quando eu estava grávida pela primeira vez, tive um sangramento muito intenso e procurei atendimento na Santa Casa. Era uma gestação muito desejada, muito esperada, e eu sabia que estava correndo um risco de abortamento. Na chegada, apresentei meu cartão de pré-natal, mesmo assim meu companheiro foi impedido de acompanhar o atendimento. Durante o exame físico, o médico ficou vasculhando a minha vagina procurando supostos comprimidos de misoprostol, pois não confiava no meu relato (de que o sangramento era espontâneo). Era inverno, me deixaram aguardando o ultrassom vestindo apenas uma camisola. Lembro dessa noite como a mais fria da minha vida.

Feminicídio: Assassinato de mulheres em contextos marcados pela desigualdade de gênero.¹⁹

Em 2015, a Lei nº 13.104 alterou o art. 121 do Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e o art. 1º da Lei nº 8.072/90 para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

Importante: as violências descritas não esgotam todas as formas de violência contra as mulheres, são apenas exemplos com o objetivo de facilitar a identificação da situação vivenciada.

SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a violência contra mulheres um problema de saúde pública de grande proporção, além de se tratar de uma violação de seus direitos humanos. Ela estima que um terço da população mundial de mulheres sofre violência cometida por parceiros íntimos ao longo da vida.²⁰

No Brasil, semelhante ao que ocorreu na esfera jurídica, a violência passou a ser pautada dentro do universo da saúde a partir de 1990, graças à pressão de grupos

feministas para que a carga de adoecimento relacionada à violência fosse reconhecida pelas instituições e abordada por políticas públicas.²¹ A construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, foi diretamente influenciada pela militância feminista e marcou um grande avanço na política de saúde das mulheres ao propor que as construções de gênero e as desigualdades delas resultantes são determinantes sociais de saúde de grande repercussão. O programa também passou a entender a reprodução como um direito (e uma escolha) e a sexualidade como indissociável da saúde, marcando a superação do paradigma biológico sobre o qual vinha sendo desenhada a política de saúde para mulheres, antes limitada à reprodução.²² As proposições do PAISM foram reforçadas pela Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos lançada em 2004, que objetivou aumentar em 30% os serviços de saúde voltados para mulheres e adolescentes em situação de violência.

Esses projetos visavam a aumentar a capacidade de resposta às necessidades de saúde das mulheres diretamente afetadas pela violência e, paralelamente, apontavam para a necessidade de prevenção da violência de gênero, muitas vezes entendida como natural na cultura brasileira, destacando a importância da atuação intersetorial com a Educação e o Desenvolvimento Social. Apesar de importantes avanços, há deficiência de serviços e de formação profissional qualificada para reconhecer e abordar situações de violência adequadamente, por isso segue ainda a pressão sobre o Estado brasileiro pela real implementação da saúde integral e de qualidade às mulheres em todo o território nacional.²³

ONDE DÓI?

Os efeitos da violência são diversos, primeiramente porque a natureza dela e seu mecanismo de ação são muito variáveis, mas também porque a duração da situação de violência é diferente em cada história pessoal, podendo inclusive marcar mulheres por toda a vida. É reconhecido que quanto maior a gravidade e o tempo de ação, mais importantes são os impactos na saúde. A isso chamamos de impacto cumulativo. Também é comprovado que esse impacto não se mostra necessariamente durante a vivência do episódio de violência, mas pode ter um caráter insidioso e se apresentar nitidamente apenas depois de meses ou anos – é o que chamamos de persistência de efeito.²⁴ Esse fenômeno pode dificultar a associação causa-efeito, o que invisibiliza o impacto do contexto violento para várias mulheres.

De maneira geral, podemos dizer que violência adoecce. Evidências apontam que mulheres que sofrem violência por parceria íntima usam serviços de saúde com mais frequência.²⁵ É possível inclusive afirmar que seu efeito se estende a gerações futuras, pois pessoas expostas à violência intrafamiliar na infância apresentam maior risco de viver violência de gênero na vida adulta, sendo imensurável seu impacto social transgeracional.²⁶

Violência pode levar à morte!

A consequência mais grave da violência é a morte, que pode ocorrer por violência aguda (feminicídio) ou por consequência de doenças crônicas relacionadas à experiência de vida sob violência de gênero.

IMPACTOS FÍSICOS

É possível identificar facilmente as consequências das agressões diretas, conhecidas como violência física. Trata-se, por exemplo, de cortes, arranhões ou hematomas resultantes do uso da força. Consequências graves, como fraturas e traumas de órgãos internos, podem deixar sequelas permanentes, e a pior consequência da agressão física é o feminicídio.

Outros impactos físicos podem ocorrer de maneira menos direta. É o caso, por exemplo, de um processo de adoecimento mais longo e menos perceptível, como o refluxo gastroesofágico, as infecções de urina recorrentes, a fibromialgia e a síndrome do intestino irritável.²⁷ Muitas vezes, os sofrimentos físicos não têm características de doenças específicas, mas ocorrem como sintomas que causam impacto sobre a qualidade de vida: dores de cabeça, lombar ou muscular, dor pélvica, relação sexual dolorosa, alterações menstruais.

IMPACTOS SOBRE A SAÚDE MENTAL

Estudos de prevalência de doenças mostram que uma parcela significativa do adoecimento mental da população de países de baixa renda pode ser atribuída à violência. É importante lembrar que sofrimentos mentais e diagnósticos psiquiátricos são estigmatizados na sociedade e que deles decorre o isolamento social de parte importante das mulheres que vivem em contextos violentos. Até o momento, foi identificado que elas apresentam com mais frequência os transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade), ideação suicida, transtorno de estresse pós-traumático, tabagismo, uso nocivo de álcool e outras drogas.

IMPACTOS SOBRE A SAÚDE REPRODUTIVA

O abuso sexual está relacionado à ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo HIV, e algumas delas podem acarretar aumento de adoecimento mental e infertilidade. Também é reconhecida sua relação com gestações indesejadas, baixo peso do feto ao nascer, desmame precoce, menor condição de autocuidado e de cuidado de outras pessoas, impactando negativamente a experiência da maternidade/paternidade, que fazem parte da saúde reprodutiva.

IMPACTOS SOBRE A SEXUALIDADE

Diminuição de prazer, medo e dor relacionados ao sexo são percebidos em mulheres que sofreram abuso sexual. Esses efeitos podem durar meses, com posterior retorno à satisfação prévia, mas também podem acompanhar a experiência sexual delas por muitos anos. Desinteresse e indiferença relacionados ao sexo também são evoluções comuns na vida dessas pessoas. A ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis nesse contexto também implica associação entre sexo e sofrimento, o que pode desencorajar mulheres a buscar o prazer físico, ainda que haja libido.²⁸

PERSPECTIVAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: O QUE FAZER?

A esta altura, já sabemos que violência contra as mulheres constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Assim, o primeiro passo para o enfrentamento da violência se relaciona ao acesso à informação e à compreensão sobre o que caracteriza as violências. Nesse sentido, é importante possibilitar espaços que permitam a reflexão sobre formas de violência contra as mulheres e sua relação com as desigualdades de gênero. Trata-se de recuperar um dos pilares do ativismo feminista e de mulheres a partir do qual, por meio do conhecimento e da compreensão sobre experiências coletivas, somos capazes de formular estratégias de enfrentamento e produzir transformações que garantam nosso acesso aos direitos.

A criação de espaços de reflexão pode se dar por meio de instituições, como escolas e centros religiosos, ou dos equipamentos já existentes, como os Centros de Referência de Assistência Social, a partir dos quais é possível trabalhar com diferentes públicos na conscientização sobre as diferentes formas de violência contra as mulheres. Nos espaços de ensino, torna-se possível desenvolver com as populações mais jovens uma compreensão que tenha como efeito a prevenção da violência, discutindo as formas como ela ocorre e tornando os sujeitos capazes de identificá-la, além de refletir conjuntamente sobre equidade de gênero e sobre como as desigualdades que afetam mulheres, homens e sujeitos não binários de maneira diferenciada também são marcadas por outros fatores, como classe, cor/raça, escolaridade, regionalidade e deficiência, por exemplo. Isso possibilita que preparemos os jovens não só para entender o mundo, mas também para atuar nele, sabendo que nossas ações se dão em meio a complexas relações de poder. Nesse contexto, a reflexão pode permitir que os jovens sejam amparados por repertórios e ferramentas que os distanciem de práticas violentas marcadas por questões de gênero.

A educação e a perspectiva da prevenção se tornam parceiras eficientes na promoção do enfrentamento a violências marcadas por gênero, em que não só mulheres e meninas são vitimadas, mas também a população LGBT+ e, em certo sentido, os próprios homens. A escola, ao realizar discussões sobre modelos de masculinidade e suas relações com alguns fenômenos sociais, pode ajudar os meninos a não replicar modelos de masculinidade que violentam mulheres e sujeitos que, de alguma forma, desestabilizam as normas de gênero, como os LGBT+. Ao fomentar tal discussão, ela pode também evitar que os meninos se tornem homens que irão não só violentar as mulheres, mas também matar outros homens ou ser mortos por eles. No Brasil, sabemos que temos altas taxas de feminicídio e de violência contra as mulheres. Curiosamente, é nos espaços domésticos e pela mão de pessoas conhecidas, homens próximos, que elas correm maiores riscos de serem violentadas ou mortas. Em comparação com as mulheres, os homens morrem ainda em maior número e, sobretudo, nas ruas, nos espaços públicos, e pela mão de outros homens – dessa vez desconhecidos – de forma violenta. Devemos nos perguntar, então, o que tais mortes têm a ver com modelos de masculinidade e de que forma se conectam a outras formas de violência contra mulheres e sujeitos LGBT+. Estamos falando da manutenção de um sistema de pensamento fortemente orientado por perspectivas sexistas e a partir do qual o homem só é “homem de verdade” se apresentar determinados comportamentos.

Você sabia?

De acordo com a pesquisa do Fórum Brasileiro de Segurança Pública publicada em 2019, a própria casa ainda é o lugar onde as mulheres mais sofrem violência: 42% das entrevistadas apontaram a casa como local onde aconteceu a agressão, seguidas por 29% que alegaram ter sofrido violência na rua.

Por essa razão, a Lei Maria da Penha é voltada para coibir a violência doméstica e intrafamiliar contra as mulheres. Isso significa que qualquer pessoa com quem a mulher conviva ou com quem tenha convivido na sua casa (homem ou mulher), seja seu familiar (laços naturais ou por afinidade) ou com quem tenha ou já tenha tido vínculo amoroso, pode ser responsabilizado/a por ser violento/a. A Lei Maria da Penha reconhece que a violência doméstica e familiar também pode estar presente nas relações lesboafetivas (entre mulheres), já que dispõe que, para aplicação da lei, não importa a orientação sexual das pessoas envolvidas.³⁰

BUSCANDO ACOLHIMENTO E APOIO PARA ENFRENTAR A VIOLÊNCIA?

A situação de violência é difícil de ser enfrentada e envolve diferentes formas de apoio por meio do atendimento de profissionais de áreas diversas.

Pensando nessas questões, foi desenvolvida a política de enfrentamento à violência contra as mulheres, composta por medidas voltadas à prevenção, ao acolhimento e fortalecimento de mulheres em situação de violência e à responsabilização dos autores da violência, sendo esta última não restrita à responsabilização criminal.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR

Nos casos de violência doméstica, a Lei Maria da Penha prevê o direito a um atendimento integral e humanizado a ser realizado por uma rede de serviços destinada ao enfrentamento da violência,³¹ sendo possível buscar apoio nos serviços descritos a seguir:

Serviço	Tipo de atendimento fornecido
Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)	São a porta de entrada para a rede socioassistencial, sendo responsáveis por executar os serviços, programas e projetos sociais desenvolvidos pelos governos federal, estadual e municipal.
Centros de Referência Especializado de Assistência Social	Oferecem serviços especializados a pessoas que vivenciam situações de violação de direitos, incluindo mulheres em situação de violência. Possuem acompanhamento técnico especializado fornecido por uma equipe multidisciplinar.
Centros de Referência de Atendimento às Mulheres	Espaços voltados ao acolhimento e orientação de mulheres em situação de violência. Contam com uma equipe composta por psicóloga, assistente social e, em alguns casos, também fornecem orientações jurídicas por meio de advogadas ou defensoras públicas.
Casas-abrigo	Locais de endereço sigiloso que abrigam mulheres em risco de morte e suas filhas e filhos.
Casas de Passagem	Serviços de abrigamento temporário de curta duração (até 15 dias), não sigilosos, para mulheres em situação de violência.
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	De fácil acesso devido à proximidade aos domicílios, podem realizar o acolhimento e encaminhamentos específicos, além de atendimentos de urgência, contracepção de emergência, acompanhamento de sorologias e tratamentos de IST e vacinação para hepatite B. Também podem realizar o cuidado necessário quando condições crônicas de saúde associadas à violência estão presentes: saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, cuidado amplo e multidisciplinar com as famílias que vivem relações violentas, ações preventivas comunitárias.

Hospitais/Serviços de Urgência	Atendimento a ferimentos graves, início de profilaxia pós-exposição (quando há risco de exposição ao HIV), contracepção de emergência, tratamento de IST e coleta de material biológico, caso a pessoa não tenha condições de saúde para avaliação no Instituto Médico Legal (IML).
Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual	Capacitados para realizar os serviços realizados por hospitais/serviços de urgência e também o aborto previsto em lei quando necessário, atendimento psicológico e assistência social. Não está presente em todos os municípios.
Centros de Referência DST/Aids	Podem ser procurados quando há necessidade de realizar profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV e essa prevenção não estiver disponível em outros serviços. Também oferecem acompanhamento de sorologias e tratamentos de IST.
Defensorias Públicas	Realizam atendimento jurídico, incluindo solicitação de medidas protetivas e ações judiciais de família (divórcio, guarda, pensão alimentícia, entre outros).
Ministério Público	Recebe pedidos de medidas protetivas e realiza acompanhamento de inquéritos policiais e ações penais.
Delegacias Especializadas no Atendimento a Mulheres	Realizam atendimentos de urgência, pedidos de medidas protetivas e elaboração de boletim de ocorrência. Importante: ao notificar os acontecimentos na delegacia, a pessoa responsável pela violência poderá ser processada criminalmente. É importante ter em mente essa questão antes de lavrar um boletim de ocorrência e notificar a violência a uma autoridade policial.

Além dos serviços descritos acima, é possível buscar informações na Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Quando se tratar de situação de risco, existe a alternativa de acionar a Polícia Militar pelo telefone 190.³²

É importante considerar que, a despeito da existência de algumas diretrizes de caráter nacional, a execução das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres fica a cargo dos governos estaduais e municipais, de forma que há grande disparidade entre os serviços de proteção às mulheres entre as regiões do país.

Por conta disso, é essencial conhecer os serviços que compõem a rede de atendimento na região onde você reside, sendo sempre possível buscar auxílio nos serviços socioassistenciais disponíveis.

Sempre que possível, ter uma rede de apoio é essencial!

Em qualquer situação de violência, é importante a construção de uma rede de apoio com pessoas que podem oferecer ajuda e, eventualmente, abrigo no caso de uma emergência (familiares, pessoas da vizinhança e/ou amigas).

Uma alternativa para acionar essa rede é combinar um código para que as pessoas entendam quando será necessária a ajuda. Por exemplo, combinar uma palavra que pode ser enviada por mensagem ou entrar em contato com a mulher que enfrenta uma situação violência após um determinado tempo sem notícias.

Lembre-se de que é fundamental que mensagens com esse conteúdo sejam sempre apagadas para garantia da segurança de todas as pessoas envolvidas.

O QUE SÃO E COMO SOLICITAR MEDIDAS PROTETIVAS?

Além de buscar auxílio nos serviços que compõem a rede de enfrentamento, mulheres em situação de violência podem solicitar medidas protetivas de urgência (medidas de proteção concedidas por juízas e juizes com a finalidade de prevenir e interromper toda e qualquer forma de violência contra a mulher).

Alguns exemplos de medidas que podem ser solicitadas estão listados a seguir:³³

Medidas protetivas às mulheres	Medidas que impõem obrigações ao autor das violências
<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento para programas de proteção e atendimento. • Determinação da separação de corpos ou afastamento do lar, além garantir eventuais direitos relativos à guarda de filhas e filhos, alimentos (pensão) e partilha de bens. • Medidas de proteção do patrimônio, como: restituição de bens subtraídos pelo agressor e proibição de assinar contratos relativos aos bens do casal, suspensão de procurações assinadas pela mulher, entre outras. • Determinação de manutenção, por até 6 meses, do vínculo trabalhista da mulher, se for necessário afastamento do trabalho por causa da violência sofrida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afastamento do lar. • Proibição de aproximação ou contato por qualquer meio de comunicação com a ofendida, seus familiares e testemunhas. • Proibição de frequentar determinados lugares. • Restrição ou suspensão das visitas às filhas e filhos menores. • Prestação de alimentos (pensão) provisórios. • Restrição ou suspensão da posse ou porte de armas.

As medidas protetivas podem ser solicitadas por meio da Defensoria Pública, do Ministério Público, de advogada ou advogado particular e das Delegacias de Polícia (nesta última hipótese, será exigido o registro de boletim de ocorrência).

A Defensoria, Delegacia, advogada ou Ministério Público encaminhará o seu pedido a um juiz ou juíza, que analisará com urgência a sua situação e decidirá no prazo de 48 horas sobre a aplicação das medidas solicitadas.

O pedido de medidas protetivas ou o acesso a qualquer serviço da rede não depende do registro de boletim de ocorrência

O que é um boletim de ocorrência? É um documento em que se relata a ocorrência de um crime para a polícia (civil, militar ou federal). Se o registro do boletim de ocorrência for realizado, o autor da violência poderá ser processado criminalmente.³⁴

O acesso aos serviços de saúde não depende da elaboração de boletim de ocorrência ou de qualquer outra forma de denúncia ao Ministério Público ou autoridade policial.

A escolha sobre acionar ou não o sistema de justiça criminal é exclusiva de cada mulher, que possui autonomia decisória para determinar as melhores medidas a serem tomadas após a ocorrência das violências.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Toda mulher que passou por uma violência sexual tem direito a um atendimento integral, conforme determina a Lei n. 12.845/2013.³⁵

Caso você tenha passado ou conheça alguém que passou por uma violência sexual, o primeiro passo é ir até um serviço de saúde para receber os cuidados necessários, o que inclui a contracepção de emergência (com o objetivo de prevenir a ocorrência de uma gestação indesejada), o acesso à profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV (para prevenir eventual infecção) e o acompanhamento de sorologias de hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis. A PEP deve ser realizada preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição à violência e até no máximo de 72 horas depois.

Se a violência sexual resultar em uma gravidez, a mulher tem o direito de realizar a interrupção. Para tanto, não é necessária a apresentação de boletim de ocorrência ou decisão judicial, bastando a narrativa da mulher sobre a violência vivenciada.

O atendimento será realizado por um hospital de referência que conte com uma equipe multidisciplinar. Primeiro, a mulher será ouvida e orientada por uma assistente social e por uma psicóloga e, depois, passará por uma avaliação com uma médica ou médico. Após esses procedimentos, a equipe autorizará a realização do aborto. Caso o município não tenha esse serviço, a mulher deve ser encaminhada – o que inclui o fornecimento de transporte – ao serviço de referência mais próximo.³⁶

PLANO DE SEGURANÇA

Um plano de segurança é um conjunto de medidas que podem ser tomadas pelas mulheres para tentar garantir sua proteção e a de sua família. Ele deve variar de acordo com a vivência de cada pessoa, considerando os recursos e a rede de apoio que esta possui, assim como o grau de risco a que está exposta.

É importante contar com o apoio de uma pessoa profissional especializada para a elaboração de seu plano de segurança. Entretanto, as dicas a seguir podem ajudar em sua construção.³⁷

- Em caso de brigas, busque sempre um local seguro, longe de cômodos com instrumentos que possam ser utilizados para machucar. Se possível, é importante ir para um espaço em que seja possível acessar uma rota de fuga.
- É importante ter em mente um local seguro para onde você possa ir caso seja necessário sair de casa com urgência. Se possível, esse local deve ser desconhecido pelo autor das violências.
- Se você tiver filhas e/ou filhos, é importante separar os documentos necessários, caso tenha que deixar a casa, assim como pensar em um local que possa recebê-los de forma segura.
- Considere quais caminhos e meios de transporte podem ser tomados em caso de fuga.
- Reflita sobre o que seria essencial caso precise sair de casa e coloque documentos e outros itens indispensáveis em um local seguro.
- Se possível, garanta uma reserva de dinheiro para casos de emergência, deixando alguns valores em local de fácil acesso, caso precise sair de casa às pressas.
- Mantenha uma rede de apoio com pessoas que possam prestar auxílio em um momento de emergência. Você pode combinar um sinal para que essa rede identifique uma situação de perigo.

COMO OFERECER APOIO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA?

Oferecer apoio e acolhimento a mulheres em situação de violência não é uma tarefa simples. Em realidade, um bom atendimento deve ser sempre oferecido por profissionais especializadas que busquem a construção de um atendimento integral e multidisciplinar,³⁸ uma vez que as demandas decorrentes da situação de violência envolvem uma multiplicidade de violações de direitos.

Entretanto, as dicas abaixo podem facilitar o oferecimento de apoio, caso você conheça alguém que esteja em situação de violência. Independentemente das escolhas realizadas pela mulher, é importante se manter acessível e disponível para prestar a assistência devida sempre que necessário.

1. Respeite a autonomia de escolha de quem acolhemos:

As decisões da mulher devem ser incondicionalmente respeitadas, já que é ela quem melhor pode avaliar em termos práticos o que fazer e qual a forma adequada

de realizar o enfrentamento da violência. O papel de quem apoia é acolher, oferecendo informações sobre serviços e direitos que podem ajudar, não devendo opinar sobre qual a melhor decisão a ser tomada.

2. Não julgue:

É papel de quem oferece apoio escutar, buscando não realizar qualquer julgamento moral sobre as atitudes da mulher em situação de violência (suas dúvidas, comportamentos específicos, condutas e valores que adote). É importante compreender que todas as situações e comportamentos analisados estão inseridos em um contexto no qual a desigualdade e a violência de gênero são naturalizadas, de forma que nem todas as mulheres identificarão desde logo que estão em uma situação de violência, podendo optar por manter o vínculo com o autor das violências.

3. Garanta sigilo:

É importante garantir privacidade e sigilo, deixando claro para a mulher em situação de violência que o espaço de escuta é um local seguro. Sempre que possível, priorize conversas individuais, sem a presença de outras pessoas, fazendo uso de locais reservados e com portas fechadas.

4. Conheça a rede municipal de serviços de atendimento a mulheres:

O enfrentamento da violência contra as mulheres exige a combinação de diferentes tipos de assistência em diversos setores. Cada município conta com uma rede de serviços especializados aptos a auxiliar mulheres na garantia de seus direitos. É muito importante conhecer os serviços que compõem a rede, sua finalidade e como acessá-los.

5. Indique atendimento especializado e multidisciplinar:

As demandas apresentadas por mulheres em situação de violência são de alta complexidade, envolvendo diferentes áreas do conhecimento. Desse modo, é importante sempre indicar a possibilidade de um atendimento especializado e multidisciplinar oferecido por serviços locais.³⁹

6. Compreenda o conceito de interseccionalidade:

O conceito de “mulher” não deve nos levar à compreensão da existência de um sujeito único e homogêneo. Pelo contrário, a vivência de cada mulher é demarcada por diferenças de classe, raça, orientação sexual, condição migratória ou de refúgio e outras questões que fazem com que a violência de gênero as afete de forma diferente. Esses fatores garantem um acesso diferenciado aos mecanismos e às redes de proteção, sendo essencial observá-los no momento de oferecer apoio.⁴⁰

7. Analise o risco:

Caso seja notado que há risco de morte envolvido, é necessário realizar o encaminhamento imediato para um serviço especializado para que, entre outras ações, seja elaborado um plano de segurança com a mulher, garantindo que ela saiba como agir em um momento de perigo. Além disso, desde logo, é possível avaliar a possibilidade de encaminhamento a um abrigo sigiloso.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Quando discutimos o enfrentamento das violências contra as mulheres, para além das medidas de proteção, acolhimento e responsabilização do autor das violências, é necessário pensar em medidas de prevenção. Podem ser compreendidas como ações de prevenção:

- Elaboração de estudos, pesquisas e estatísticas com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, relacionados às causas, consequências e ocorrências da violência contra as mulheres. Dessa forma, é possível subsidiar a construção de políticas públicas voltadas ao tema, assim como avaliar os resultados das medidas adotadas.
- Utilização dos meios de comunicação de forma responsável, de modo a coibir os papéis estereotipados que legitimem ou exacerbem as violências contra as mulheres.
- Realização de campanhas educativas de prevenção das violências contra as mulheres voltadas ao público escolar e à sociedade em geral.
- Capacitação permanente de profissionais sobre questões de gênero e de raça ou etnia.
- Destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher.

Para além das propostas enumeradas, uma das medidas centrais para o enfrentamento das violências contra as mulheres é o repensar da construção das masculinidades, refletindo sobre o papel dos homens nessa luta, o que será detalhado a seguir.

POR QUE FALAR COM HOMENS SOBRE MASCULINIDADES?

Em 1989, Marc Lépine baleou 28 pessoas e matou a si próprio na cidade de Montréal, no Canadá. Naquele dia, ele assassinou 14 mulheres, no que ficou conhecido como o Massacre da École Polytechnique. Em nota, Lépine alegava que sua motivação era política e que “as feministas” teriam arruinado sua vida. Posteriormente,

o trágico dia da chacina tornou-se conhecido no Canadá como Dia Nacional de Memória e Ação contra a Violência contra Mulheres. Além de ter promovido uma reflexão sobre o controle de armas no país, o evento teve como efeito também a mobilização da esfera pública quanto ao problema da violência contra as mulheres e o papel que os homens teriam em seu enfrentamento. Foi assim que, em 1991, se deu o surgimento da *White Ribbon Campaign*, que convidava os homens a se comprometerem com a promessa de “jamais cometer, perdoar ou permanecer em silêncio perante a violência contra mulheres e meninas”. Segundo a página da campanha, ela é o mais amplo movimento de homens e meninos agindo para acabar com a violência contra mulheres e meninas, defendendo equidade de gênero, relações saudáveis e uma nova visão de masculinidade. A partir dela, os homens são vistos não só como parte do problema, mas como parte da solução no enfrentamento à violência.

Iniciada no Canadá, a campanha chegou ao Brasil em 2001, traduzida como “Campanha do Laço Branco”, com distribuição de folhetos informativos, realização de eventos, caminhadas, debates e oficinas, entre outras atividades realizadas por entidades como o Instituto Papai, em Recife (PE), e o Instituto Promundo, no Rio de Janeiro (RJ). Mais tarde, em 2007, o governo brasileiro instituiu também o dia 6 de dezembro como o Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres, a partir da Lei 11.489.⁴¹

A *White Ribbon Campaign*, motivada por um evento crítico, como foi o Massacre da École Polytechnique, pode nos indicar o início de um processo de ampliação do olhar e criação de uma agenda internacional voltada à questão dos homens e das masculinidades, não só no combate à violência contra as mulheres, mas também em formas de promoção da equidade de gênero. Nesse contexto, ganharão espaço, ainda que de maneira localizada, perspectivas de caráter preventivo e socioeducativo que estimulem a transformação das masculinidades.

No Brasil, destaca-se o trabalho de grupos reflexivos de gênero com homens, realizados de maneira pontual em alguns municípios do país, antes mesmo da promulgação da Lei Maria da Penha. Os grupos reflexivos se inscrevem no contexto dos serviços de responsabilização e educação do agressor ou dos “centros de educação e reabilitação para os agressores”, previstos pela Lei Maria da Penha. Contudo, apesar de aparecerem entre as últimas considerações da lei, em que se indica que “nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação”, ao mapearmos a rede de atendimento em casos de violência doméstica e familiar nos municípios, tais intervenções grupais raramente são encontradas.

Podemos afirmar que a atenção aos homens, sob uma perspectiva de gênero, tem existido no Brasil desde os anos 1980. No entanto, só a partir da década seguinte tais intervenções viriam a se materializar de fato. Destacamos os trabalhos realizados

por organizações não governamentais, tais como o Instituto Papai, em Recife (PE); o Instituto Promundo e o Instituto NOOS, no Rio de Janeiro (RJ); o Instituto de Estudos da Religião (ISER), em Nova Iguaçu (RJ); o Instituto Albam, em Belo Horizonte (MG); o Ecos: Comunicação em Sexualidade, em São Paulo (SP), além da já extinta Pró-Mulher, Família e Cidadania, também em São Paulo. No contexto das iniciativas nacionais está circunscrito também o Programa de Responsabilização para Homens Autores de Violência contra a Mulher, realizado desde 2009, em São Paulo (SP), pela ONG Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.

Entre as entidades que tratam das masculinidades nas mais variadas faixas etárias, parte delas dedica-se a ações direcionadas principalmente à saúde masculina de modo geral, outras têm seu trabalho mais voltado aos homens autores de violência contra as mulheres, e há também aquelas cujo foco é a paternidade e a saúde sexual e reprodutiva.

Embora não seja possível descrever todas as experiências executadas no Brasil – que estão inclusive ganhando maior espaço na última década –, as organizações e iniciativas mencionadas permitem vislumbrar, mesmo que brevemente, possibilidades de trabalho no contexto atual. Elas não apenas trazem a perspectiva de diminuição dos índices de violência contra a mulher no Brasil, mas a possibilidade de, a partir de um referencial preventivo e socioeducativo, produzir masculinidades mais capazes de participar da construção de relações de equidade e de se desvincular de modelos violentos. Nesse sentido, não é apenas no trabalho com homens adultos que o poder público e as organizações devem focar. Acreditamos que a discussão sobre equidade e masculinidades está inscrita em uma agenda que se inicia no campo da educação ainda nos primeiros anos do ensino básico. O desafio que se apresenta é o de disputar o cenário frente a concepções conservadoras que atuam na defesa da manutenção de modelos tradicionais de masculinidade, ainda fortemente orientados pelo papel do homem como provedor no contexto de relações heteronormativas.

Os movimentos feministas e de mulheres, além dos homens que compõem os ativismos pela equidade de gênero no Brasil, têm assim o trabalho de permanecer atuando na produção, implementação e avaliação de políticas públicas, mas também de sustentar uma disputa que se dá no plano das ideias, enfrentando o avanço de perspectivas que não só têm objetivado colocar em xeque os direitos das mulheres no país, mas também perpetuar relações de desigualdade em outras esferas. Tais esferas são também marcadas por classe, raça e sexualidade, lesando profundamente não só as mulheres, mas também os homens e sujeitos que escapam a classificações binárias. Em suma, o enfrentamento da violência contra as mulheres passa tanto por políticas no campo institucional quanto por disputas culturais, nas quais diferentes discursos ganham visibilidade.

NOTAS

1. A expressão foi primeiramente produzida na década de 1960, por meio das experiências de grupos de conscientização feministas no contexto do *Women's Liberation Movement* (Movimento de Libertação das Mulheres), nos Estados Unidos. Tais grupos discutiam questões relacionadas à vivência das mulheres e reuniam mulheres do ativismo, sobretudo de inclinação socialista. Mais informações no artigo de Cecília M. B. Sardenberg, “O pessoal é político: conscientização feminista e empoderamento de mulheres”. *Inclusão Social*, v. 11, n. 2, 2018.
2. Para mais informações, indicamos: Judith Butler, *Problemas de gênero*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. Para tratar das diferenças entre as próprias mulheres e seus lugares no mundo, indicamos: Audre Lorde, *Irmã outsider – Ensaios e conferências*. Tradução de Stephanie Borges. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
3. Dinalva Tavares, “Quem ama não mata: 40 anos de luta”. *Portal Catarinas*, 2019. Disponível em: <https://catarinas.info/quem-ama-nao-mata-40-anos-de-luta/>
4. Cecília MacDowell Santos, “Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 89, jun. de 2010.
5. Constituição Federal, art. 226, §8º: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”.
6. Wânia Pasinato, “Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha”. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 407-428, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322015000200407&lng=en&nrm=iso
7. Wânia Pasinato, “Dez anos de Lei Maria da Penha: o que queremos comemorar?”. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 13 n. 24, 2017.
8. Flavia Piovesan e Silvia Pimentel, “A Lei Maria da Penha na perspectiva da responsabilidade internacional do Brasil”. In: Carmem Hein de Campos, *Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.
9. Lilia Blima Schraiber, Ana Flávia Pires Lucas D’Oliveira, Heloisa Hanada e Ligia Kiss, “Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial”. *Athenea digital*, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Blima>
10. Art. 8º da Lei 11.340/2006, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
11. Wânia Pasinato, “Dez anos de Lei Maria da Penha: o que queremos comemorar?”. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 13 n. 24, 2017.
12. Julio Jacobo Waiselfisz, *Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília: FLACSO, 2015.
13. Bárbara Libório, “Projetos de lei para alterar a Lei Maria da Penha disparam no congresso”. *Revista AzMina*, 15 de junho de 2020. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/projetos-de-lei-para-alterar-lei-maria-da-penha-disparam-no-congresso/>

14. Agência Patrícia Galvão, “Feminicídio”. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/feminicidio/#impactos-e-importancia-da-lei-de-feminici%C2%ADDDIO>
15. *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm
16. Ana Flávia P. L. D’Oliveira, Lilia B. Schraiber, Stephanie Pereira, Renata G. Bonin, Janaina M. Aguiar, Patricia C. Sousa e Cecília Guida, “Protocolo de atendimento de mulheres em situação de violência”. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1ewSf-E1PjNhRSeT-ISR9MkzShF_J9xt5/view
17. Coding Rights e Internetlab, “Online Gender-Based Violence: diagnosis, solutions and challenges. Joint contribution from Brazil to the UN special rapporteur on violence against women”, 2017.
18. Rafael Cleison S. dos Santos e Nádia F. de Souza, “Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática”. *Estação Científica* (Unifap), Macapá, v. 5, n. 1, jan/jun de 2015.
19. Agência Patrícia Galvão, “Feminicídio: invisibilidade mata”, 2017. Disponível em: https://assets-institucional-igp.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2017/03/LivroFeminicidio_InvisibilidadeMata.pdf
20. Organização Mundial da Saúde, “Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence”, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
21. Maria Cecília Minayo, “A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 11 (suppl.), 2006.
22. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Ministério da Saúde, 2004.
23. Lilia B. Schraiber e Ana Flávia L. P. D’Oliveira, “Violência contra mulheres: interfaces com a saúde”. *Interface*, vol. 3, n. 5, ago. de 1999.
24. Frederick P. Rivara, Anderson, Melissa L. Anderson, Paul Fishman, Amy E. Bonomi, Robert J. Reid, David Carrel, Robert S. Thompson, “Healthcare Utilization and Cost for Women with History of Intimate Partner Violence”. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 32, n. 2, p. 89-96, 2007.
25. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, *Guia Prático de Serviços. Município de São Paulo. Mulheres em situação de violência*. São Paulo, 1999.
26. Organização Panamericana de Saúde (OPAS), “Violência contra as mulheres”, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>
27. Mais informações em: Amy E. Bonomi *et al.*, “Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence”. *Archives of Internal Medicine*, vol. 169, n. 18, 2009; Juncal Plazaola-Castaño e Isabel Ruiz Pérez, “Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica”. *Medicina Clínica*, vol. 122, n. 12, 2004.
28. Mary Luisa de Freitas e Clairna Andresa Farinelli, “As consequências psicossociais da violência sexual”. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 37, p. 270-295, 2016.
29. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, *Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. São Paulo: Datafolha/FBSP, 2019.

30. Defensoria Pública do Estado de São Paulo, *Lei Maria da Penha: sua vida começa quando a violência termina*, 2019. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/Cartilha%20Maria%20da%20Penha_20199.pdf
31. Secretaria Nacional de Política para as Mulheres, *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contras-mulheres>
32. Mais informações sobre assistência nacional e estadual podem ser encontradas em: Secretaria Nacional de Política para as Mulheres, *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*, 2011; Cecília MacDowell Santos, “Curto-circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo”. *Revista Estudos Feministas*, v. 23, n. 2, p. 577-600, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000200577&lng=en&nrm=iso
33. Defensoria Pública do Estado de São Paulo, *Lei Maria da Penha: sua vida começa quando a violência termina*. São Paulo, 2019.
34. Mattos Filho, Veiga Filho, Marrey Jr. e Quiroga Advogados, *Impactos da Covid-19: direitos das mulheres*. São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.mattosfilho.com.br/EscritorioMidia/200423-paper-direitos-das-mulheres_covid-19.pdf
35. Mais informações sobre esse tema podem ser encontradas nos seguintes documentos, produzidos pelo Ministério da Saúde: a) *Saúde sexual e saúde reprodutiva*, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf; b) *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*, 2014. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/gravos22222.pdf>
36. Mais informações em: a) Ministério da Saúde, *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento*. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf; b) Defensoria Pública do Estado de São Paulo, *Direitos reprodutivos: aborto legal*, 2018. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20\(5\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20(5).pdf)
37. As dicas apresentadas aqui e nas próximas páginas são baseadas em: Ana Flávia P. L. D’Oliveira, Lília B. Schraiber, Stephanie Pereira, Renata G. Bonin, Janaina M. Aguiar, Patricia C. Sousa e Cecília Guida, *Protocolo de orientação para atendimento especializado a mulheres em situação de violência*. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1g6rqCuua5ujWk1WvOnEQTKohl3v4BVwc/view>
38. Lília B. Schraiber, Ana Flávia P. L. D’Oliveira, Heloisa Hanada e Ligia Kiss, “Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial”. *Athenea Digital*, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012.
39. Carmen Hein de Campos, “Desafios na implementação da Lei Maria da Penha”. *Revista Direito GV*, v. 11, n. 2, p. 391-406, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322015000200391&lng=en&nrm=iso
40. Carla Akotirene, *O que é Interseccionalidade?* São Paulo: Pólen, 2019.
41. Ver: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111489.htm

SAÚDE AMBIENTAL E DAS TRABALHADORAS

Todo dia vejo pesquisas que relacionam substâncias químicas que poluem o meio ambiente a efeitos adversos na saúde reprodutiva das mulheres, desde infertilidade a deficiências de nascença e à puberdade precoce em meninas... estou convencida de que países que não protegem a Terra não protegerão suas mulheres, e países que não protegem suas mulheres nunca protegerão a Terra. É chegada a hora de os Estados Unidos implementarem políticas que façam as duas coisas.

Alison Ojanen-Goldsmith, em *Young Feminists – Poison Earth, Poison Woman: Making the Connection* (Jovens feministas – Terra envenenada, mulher envenenada: estabelecendo a conexão)

Onde e como vivemos e trabalhamos têm um impacto direto em nossa saúde. Em casa, no trabalho e no meio ambiente, absorvemos substâncias químicas, tóxicas e outros produtos industrializados através do ar que respiramos, dos produtos que aplicamos na pele, das substâncias com que entramos em contato e dos alimentos que consumimos.

A saúde ambiental e a saúde da pessoa trabalhadora são, às vezes, consideradas campos de estudo distintos, e diferentes agências governamentais lidam com cada uma nos Estados Unidos: a Administração de Saúde e Segurança Ocupacionais (*Occupational Safety and Health Administration – OSHA*) se concentra em saúde e segurança no ambiente de trabalho, enquanto a Agência de Proteção Ambiental (*Environmental Protection Agency – EPA*) atua na proteção do meio ambiente em geral. No Brasil, a atual Secretaria do Trabalho, vinculada ao Ministério da Economia, é responsável pela elaboração das Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança no Trabalho, e os assuntos ambientais são administrados pelo Ministério do Meio Ambiente e seus respectivos órgãos. No entanto, apesar dessa divisão de entidades regulatórias, muitos problemas de ambas as áreas são similares e se sobrepõem. Por exemplo, substâncias químicas que provocam riscos a trabalhadoras em uma fábrica podem igualmente contaminar o fornecimento de água e ameaçar a qualidade do ar da comunidade do entorno. Assim, diminuir o uso de substâncias tóxicas no ambiente de trabalho não protege apenas as trabalhadoras, mas também as pessoas que moram na vizinhança, bem como as consumidoras que adquirem os produtos fabricados.

Riscos ocupacionais e ambientais afetam vários aspectos de nossa saúde, resultando em uma variedade de cânceres, doenças neurológicas, alergias, alterações comportamentais, entre outras enfermidades. Em 2010, o *Painel Presidencial sobre o Câncer (President's Cancer Panel)* declarou que: “O tamanho do problema do câncer de origem ambiental foi grosseiramente subestimado. Com em torno de 80 mil substâncias químicas no mercado nos Estados Unidos, muitas das quais são usadas por milhões de americanos em suas vidas cotidianas, e que são nada ou pouco estudadas e em grande medida desregulamentadas, a exposição a potenciais carcinógenos ambientais está disseminada”. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estuda diferentes tipos de cânceres relacionados ao trabalho e mais de 900 agentes cancerígenos encontrados em diversas atividades laborais, assim como sua distribuição pelo país.

Meio ambiente se refere ao lugar em que vivemos, trabalhamos e nos divertimos, bem como à ecologia em sentido amplo. Por viver em um mundo altamente industrializado, nossos corpos contêm quantidades mensuráveis de substâncias químicas, agrotóxicos e outros materiais tóxicos aos quais somos expostos através do ar, do solo, dos alimentos, da água, do ambiente de trabalho e do lar.

Cada vez mais se acumulam evidências científicas que apontam para a conexão entre a saúde ambiental e nossa saúde reprodutiva ou a saúde de nossas filhas e filhos, incluindo elevadas taxas de ocorrência de câncer em órgãos reprodutivos, partos prematuros, abortos espontâneos e malformações congênitas. Em consonância com o enfoque desta edição de *Nossos corpos por nós mesmas*, este capítulo destaca o impacto da poluição ambiental na saúde reprodutiva e sexual das mulheres.

IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO DO FETO, DA BEBÊ E DA CRIANÇA: POR QUE AS PESSOAS MAIS JOVENS SÃO AS MAIS VULNERÁVEIS

As crianças costumam sofrer efeitos mais graves do que os adultos quando expostas às mesmas substâncias nocivas. Crianças têm sistemas imunológicos mais vulneráveis, e seu metabolismo, sua fisiologia e sua bioquímica são diferentes daqueles dos adultos, de modo que os contaminantes podem causar um dano maior ao sistema nervoso, ao cérebro, aos órgãos reprodutivos e ao sistema endócrino (hormonal) infantil. Fetos e bebês também são bem menos capazes de metabolizar e inativar contaminantes perigosos.

Vários processos químicos e hormonais sensíveis e importantes ocorrem da concepção até a adolescência e podem ser interrompidos ou afetados pela exposição a agentes nocivos. Perversamente, algumas das piores substâncias e contaminantes em uso hoje estão presentes em produtos infantis, brinquedos e alimentos. À medida que a quantidade e a concentração das substâncias aumentaram, cresceu também o número de doenças infantis: leucemia, câncer cerebral e outros cânceres relacionados a carcinógenos ambientais aumentaram mais de 20% desde 1975.

A maior parte das crianças nos Estados Unidos é exposta a substâncias potencialmente nocivas antes mesmo do nascimento. Um espermatozoide do pai ou um óvulo da mãe, se danificado pela exposição a agrotóxicos, substâncias químicas ou outros agentes, pode afetar o desenvolvimento do embrião. De acordo com o *Painel Presidencial sobre o Câncer* (PPC) de 2010, estudos detectaram um total de trezentas substâncias químicas presentes nos cordões umbilicais de recém-nascidos, levando os autores a afirmar que “bebês, numa escala preocupante, nascem ‘pré-poluídos’”. A exposição a potenciais contaminantes ainda no útero pode afetar de maneira negativa e irreversível o desenvolvimento fetal, predispondo as crianças a doenças e susceptibilidades ao longo de suas vidas. Por isso, o PPC recomenda às pessoas que estejam considerando ter filhas ou filhos que “evitem substâncias disruptoras endócrinas e carcinógenos, comprovados ou suspeitos, desde antes da concepção da criança, ao longo da gravidez e até seus primeiros anos de vida, quando o dano é maior”.

Termos-chave a conhecer

Agudo: resultante de exposição de curta duração e alta intensidade. Geralmente usado para denotar uma doença que se instala de maneira rápida e severa.

Bioacumulação: absorção de substâncias tóxicas em níveis mais altos do que aqueles observados no meio ambiente natural, levando a uma maior concentração em tecidos corporais ao longo do tempo. Através da bioacumulação, as substâncias tóxicas ascendem a cadeia alimentar, e quem está no topo dela absorve as maiores quantidades. Esse processo traz riscos especialmente para nossa saúde reprodutiva, uma vez que substâncias tóxicas que a mãe tenha absorvido ao longo do tempo podem ser passadas a bebês, sobretudo pela amamentação.

Carga corporal: quantidade cumulativa de substâncias naturais e sintéticas presentes no corpo humano em um dado momento.

Carcinógenos (cancerígeno ou carcinogênico): substâncias químicas que causam câncer.

Crônico: resultante de exposição de longo prazo. Termo geralmente usado para denotar uma doença que progride aos poucos e por um longo período de tempo.

Substâncias Disruptoras Endócrinas – DES (ou Desreguladoras Endócrinas): substâncias químicas que interferem na função hormonal normal.

Sistema endócrino: sistema de glândulas no qual cada uma secreta um tipo de hormônio na corrente sanguínea. O sistema endócrino regula o funcionamento corporal, com hormônios que afetam o humor, o crescimento e o desenvolvimento, além do funcionamento dos tecidos, do metabolismo, da função sexual e do processo reprodutivo.

Estrogênio: o principal hormônio sexual feminino. O estrogênio é essencial para a formação das mamas e dos órgãos reprodutivos, para a regulação do ciclo menstrual e para ajudar a manter saudáveis o coração e os ossos. Muitos compostos sintéticos e naturais afetam a produção de estrogênio, o que merece atenção, uma vez que mulheres com maiores níveis vitálicos de estrogênio têm maior propensão a desenvolver câncer de mama.

Bifenil policlorados (PCBs): a exposição aos PCBs, compostos orgânicos amplamente usados em produtos manufaturados, foi associada a problemas de pele, doenças reprodutivas, tais como taxas de crescimento reduzidas, deficiências de desenvolvimento e efeitos neurológicos, ao comprometimento do sistema imunológico e ao risco aumentado de certos cânceres. Embora sua produção tenha sido banida em 1977 nos Estados Unidos e em 1981 no Brasil, os PCBs decompõem-se muito lentamente.

Poluentes Orgânicos Persistentes (POPs): compostos orgânicos que não se degradam com facilidade no ambiente natural, o que significa que uma variedade de substâncias tóxicas ainda poderá ser encontrada na natureza por anos ou décadas após ter seu uso banido e/ou descontinuado. Eles, dessa forma, representam uma significativa ameaça à saúde ambiental e humana.

Leitura recomendada

Para informações mais detalhadas sobre como fetos em desenvolvimento são afetados por contaminantes, visite o *Critical Windows of Development* (criticalwindows.com), um quadro de desenvolvimento pré-natal criado pelo Intercâmbio sobre Disrupção Endócrina (*Endocrine Disruption Exchange – TEDX*). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) lançou, em português, o documento intitulado *Introdução aos disruptores endócrinos: um guia para governos e organizações de interesse público*, em parceria com a *Endocrine Society*.¹

CONTAMINAÇÃO DO LEITE MATERNO

Uma vez nascida a criança, a exposição pode continuar durante o aleitamento. Substâncias tóxicas se acumulam com facilidade na gordura corporal da mulher, por meio do processo de bioacumulação, e as mães as transmitem a bebês através de seu leite. Mesmo assim, o leite materno ainda é considerado a forma mais saudável de alimentar uma criança, exceto em raras situações, porque os seus muitos benefícios são importantes tanto para mães quanto para bebês.

Embora muitas substâncias consideradas nocivas para a saúde de bebês, especialmente quando ingeridas com o leite materno, venham sendo banidas nos Estados Unidos, vestígios dessas substâncias ainda são detectados no leite materno. Algumas mulheres e alguns bebês estão sob um risco particularmente elevado devido à exposição alimentar ou ambiental. Por exemplo, entre as populações indígenas do alto Ártico, bebês ingerem sete vezes mais PCB do que bebês no Canadá ou nos Estados Unidos. No Brasil, diversos agrotóxicos têm sido encontrados no leite materno de mulheres que têm ou tiveram exposição ocupacional ou dieta rica em alimentos contaminados por agrotóxicos.

Ainda assim, na maior parte dos casos, o leite materno oferece enormes qualidades protetoras e benefícios que falam mais alto do que os riscos da exposição de baixa intensidade a substâncias tóxicas. Crianças alimentadas com fórmulas têm maior propensão a desenvolver infecção de ouvido, diarreia, asma, diabetes, infecções do trato respiratório inferior e eczema do que bebês que são amamentados. Tanto a síndrome de morte súbita do lactente (SMSL) quanto a leucemia infantil, ainda que raras, são mais comuns em bebês alimentados com fórmulas.

As mulheres podem efetuar adaptações individuais para limitar as substâncias tóxicas no leite materno. Por exemplo, as mulheres de Akwesasne ajustaram a ingestão de peixe durante o período reprodutivo e lactante para reduzir a exposição a PCB e outros contaminantes. É igualmente importante que, em Akwesasne e em outras comunidades, pessoas se mobilizem para desafiar os poluidores, responsabilizando-os pela degradação ambiental e exigindo reparações adequadas.

QUEM É RESPONSÁVEL PELA PROTEÇÃO DE NOSSA SAÚDE?

Com demasiada frequência, espera-se que as pessoas, em vez de instituições governamentais, assumam a responsabilidade direta pela própria saúde e segurança. Por exemplo, empregadores podem exigir que os empregados usem equipamentos de proteção individual (EPI), que podem vestir mal e pesar muito, em vez de mudar uma

prática arriscada ou adotar uma substância menos perigosa. Muitas vezes também nos dizem que nosso comportamento é o que nos faz adoecer ou permanecer saudável, mas não podemos evitar a exposição a substâncias tóxicas ou a condições perigosas sobre as quais não temos controle. Além disso, nossas “escolhas” pessoais são limitadas por imposições econômicas, acesso à informação, obrigações familiares, direitos trabalhistas e alternativas disponíveis.

Muitos riscos ambientais são gerados por práticas industriais e poluição, expondo as comunidades a substâncias químicas, muitas vezes sem que as pessoas afetadas recebam qualquer informação sobre efeitos potencialmente nocivos. Frequentemente sabemos pouco, por exemplo, sobre agrotóxicos pulverizados nos alimentos que ingerimos e sobre as substâncias químicas usadas em nossas casas e ambientes de trabalho.

É de responsabilidade da indústria e do governo garantir que a informação seja divulgada de maneira apropriada e que a legislação seja adequadamente aplicada, assim como financiar estudos científicos que analisem o impacto potencial de diferentes riscos e prestar amparo às comunidades mais afetadas. Há leis estaduais e federais que fornecem algum acesso à informação crítica sobre exposição e potenciais efeitos de substâncias químicas, mas tais leis só farão diferença se as comunidades insistirem em sua implementação.

O PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA

Em um mundo onde há constante exposição a contaminantes químicos e após décadas de pesadelos para a saúde pública provocados por substâncias como o DDT (diclorodifeniltricloroetano) e o asbesto (amianto), não podemos mais pressupor que os produtos que consumimos sejam seguros. Apenas algumas centenas, das dezenas de milhares de substâncias químicas em uso, são testadas de maneira adequada; muitas substâncias suspeitas de provocar câncer ou problemas de saúde reprodutiva não são reguladas de forma alguma.

Pessoas que são ativistas comunitárias, pesquisadoras e representantes dos campos da ciência e da saúde defendem o uso de um novo paradigma de risco que incentive a ação antecipatória, na ausência de certeza científica. O Princípio da Precaução, definido pela ONU, declara que “quando uma atividade impõe ameaça de danos à saúde humana ou ao meio ambiente, medidas de precaução devem ser tomadas, mesmo se algumas relações de causa e efeito não estiverem estabelecidas cientificamente”.

Jennifer Coleman, do Conselho Ambiental do Oregon, explica: “Hoje em dia, dezenas de milhares de substâncias químicas sintéticas são ‘inocentes até que haja prova em contrário’ – isto é, elas não são meticulosamente testadas quanto a riscos à saúde ou ao meio ambiente antes de serem usadas na confecção de bens de consumo. Precisamos de uma política de substâncias químicas que garanta a segurança de todos os produtos de consumo antes que eles cheguem às prateleiras. Até que isso ocorra,

precisamos trabalhar para banir ou restringir o uso de substâncias potencialmente nocivas, uma de cada vez”.

O Princípio da Precaução requer a tomada de ação face à incerteza, a transferência do ônus da prova para aqueles que criam os riscos e a análise de alternativas a atividades potencialmente nocivas.² No Brasil, embora não citado nominalmente, o princípio foi incorporado à Constituição Federal em seu artigo 225, § 1º, V, mas os desafios para sua real aplicação ainda persistem.

MILITANDO POR NÓS MESMAS E POR NOSSA COMUNIDADE

A militância é outra parte da proteção e da ação reparadora. As mulheres estão cobrando mais pesquisas sobre riscos pouco compreendidos, lançando projetos de saúde comunitários, reivindicando a aplicação de normas para manter o meio ambiente seguro e insistindo para que comunidades mais vulneráveis sejam protegidas de danos desnecessários à saúde, ou que sejam indenizadas, caso eles ocorram.

Mais trabalho e militância estão sendo realizados por meio de redes nacionais e internacionais, muitas vezes conectando pesquisadoras e provedoras de atenção à saúde a mulheres empenhadas em efetuar mudanças em suas comunidades. Uma importante organização é o Colaborativo sobre Saúde e Meio Ambiente (*Collaborative on Health and the Environment* – CHE – healthandenvironment.org), uma parceria internacional que dedica atenção especial aos impactos reprodutivos e intergeracionais. Elise Miller, diretora do CHE, explica por que o ativismo nesse tema é extremamente necessário:

Apenas recentemente a pesquisa se debruçou sobre o modo como certas substâncias químicas podem comprometer a saúde reprodutiva das mulheres. Sob a liderança de cientistas, profissionais de saúde e pacientes militantes, agora tais preocupações estão começando a ser priorizadas. Nossa grande esperança é que futuras gerações de mulheres e seus parceiros não tenham que lutar com a incidência crescente de infertilidade, endometriose e outros transtornos reprodutivos que vemos hoje.

TIPOS DE RISCOS: CONTAMINANTES QUE AFETAM NOSSA SAÚDE NOS DIAS DE HOJE

CHUMBO

Todas e todos estão expostos a vestígios de chumbo através do ar, dos alimentos, da água, da poeira e de diversos produtos. O chumbo existe naturalmente no meio ambiente e tem muitos usos industriais e comerciais (é usado em encanamentos e

baterias de carro, por exemplo). O chumbo é neurotóxico, o que significa que ele afeta nossos neurônios. Mesmo pequenas quantidades podem ser perigosas, uma vez que a substância se acumula nos tecidos e nos ossos ao longo do tempo. O adoecimento advindo do chumbo é muitas vezes chamado de “intoxicação por chumbo”. A exposição aguda pode resultar em vômitos, diarreia, convulsões, coma e morte. A exposição crônica pode resultar em fraqueza geral, ossos mais propensos às fraturas, anemia (deficiência de ferro), danos ao cérebro, sistema nervoso, fígado, rins e sistema sanguíneo.

As crianças e as mulheres grávidas são as mais suscetíveis a problemas de saúde graves por efeito do chumbo. Louis W. Sullivan, ex-secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (*Department of Health and Human Services*), chamou o chumbo de “ameaça ambiental número um para a saúde das crianças nos Estados Unidos”. O chumbo atravessa a placenta no útero da mãe e atinge o feto em desenvolvimento. Além disso, estudos de saúde das trabalhadoras mostram aumento de abortos espontâneos e partos de natimortos entre as mulheres que trabalham com a substância. A exposição a longo prazo também pode reduzir a fertilidade masculina. Mesmo o contato pré-natal e/ou infantil limitado pode afetar o desenvolvimento intelectual, o comportamento, o crescimento e a audição, e pode resultar em puberdade precoce para as meninas. Nesse caso, as menores de seis anos são as mais vulneráveis.

Para prevenir e evitar a absorção de chumbo, crianças devem ter uma dieta rica em ferro e cálcio. Mulheres grávidas também precisam assegurar que sua ingestão de cálcio seja alta, por exemplo com a ingestão de laticínios, carne vermelha, folhas verdes, tofu e feijão, que podem ajudar a aumentar os níveis de ferro e cálcio.

Historicamente, o chumbo foi um elemento presente tanto em tintas quanto na gasolina. Embora tais usos tenham sido descontinuados nos Estados Unidos, há uma preocupação persistente sobre as tintas à base de chumbo na habitação, em especial em casas mais velhas e em bairros mais pobres, cuja conservação tem sido negligenciada. No Brasil, seu uso não foi abolido por completo e há limite máximo para a quantidade de chumbo usado em tintas e vernizes, o que torna o tema particularmente preocupante.

A Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos (EPA) considera que a tinta à base de chumbo está em boas condições se não estiver descascando. A tinta lascada ou degradada deve ser sempre removida por um trabalhador treinado; nunca lixe ou queime tinta que possa conter chumbo, uma vez que lascas secas, partículas finas e vapores são facilmente inalados. As emissões de chumbo em suspensão também são preocupantes. Além da tinta, a exposição ao chumbo em casa pode ocorrer por meio de tubulação contendo o metal, especialmente em edifícios mais antigos.

A EPA estima que a intoxicação por tinta com chumbo afeta mais de um milhão de crianças estadunidenses. Devido à falta de nutrição adequada e à abundância de

habitações precárias, as crianças de famílias de baixa renda têm oito vezes mais probabilidades de sofrer intoxicação por chumbo do que as de famílias de renda mais elevada. As crianças negras são cinco vezes mais propensas à intoxicação do que crianças brancas. Na cidade de Nova York, segundo dados de 2009, mais de 80% das crianças intoxicadas por chumbo são negras.

Em 2011, as agências de proteção ambiental de Illinois e dos Estados Unidos lançaram uma investigação conjunta após ter sido detectado que os níveis de chumbo em uma escola primária no bairro Pilsen, em Chicago, se igualavam ou superavam os limites federais. “A poluição por chumbo excedeu os padrões sanitários durante um quinto dos dias monitorados e, em certo dia de dezembro, chegou a ficar dez vezes mais acima – resultados que alarmam até os investigadores veteranos”, relatou o *Chicago Tribune*. A escola está perto de vários poluidores industriais, incluindo uma usina termoeletrica a carvão. Ativistas da comunidade há muito declaram que o bairro é desproporcionalmente afetado pela poluição do ar.

A exposição ocupacional é a fonte mais comum de intoxicação por chumbo em pessoas adultas. De acordo com as leis estaduais e federais estadunidenses, os empregadores são legalmente obrigados a limitar a exposição dos empregados e, caso ocorra exposição prolongada, os empregadores devem instituir um programa de vigilância médica, incluindo análises de sangue, exames e tratamentos específicos para o chumbo, se necessário, bem como a realocação do trabalhador, caso sua saúde esteja em risco. No Brasil, trabalhadores que estejam expostos ao chumbo podem procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou contatar um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que podem ser encontrados no portal da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.³

Os sintomas da intoxicação por chumbo podem ocorrer logo após a exposição ou meses e até anos mais tarde. Portanto, é importante que todas as pessoas que estejam preocupadas com a exposição ao chumbo sejam testadas. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (*Center for Disease Control and Prevention* – CDC) recomenda que cada estado do país disponibilize o teste para crianças que estejam potencialmente expostas, incluindo todas as crianças que habitem ou visitem com frequência casas construídas antes de 1950 ou reformadas antes de 1978 e aquelas cujos pais ou responsáveis trabalhem com chumbo.

RADIAÇÃO

A exposição à radiação é um possível risco para a saúde reprodutiva. Mais pesquisas são necessárias para determinar se a radiação não ionizante – a que as pessoas estão expostas a partir de micro-ondas, equipamentos eletrônicos, linhas de tensão e campos eletromagnéticos – pode prejudicar a saúde reprodutiva. Já a radiação ionizante – aquela que chega a nós por meio de tecnologias médicas, emissões de usinas

nucleares, mineração de urânio e testes de armas – pode representar riscos muito graves para os nossos sistemas reprodutivos.

De acordo com o Fundo para o Câncer de Mama, “a exposição à radiação ionizante é a causa ambiental mais bem estabelecida e há mais tempo para o câncer de mama, tanto em homens quanto em mulheres”.

A Nação Navajo e outras comunidades indígenas e rurais localizadas perto de minas de urânio enfrentam maiores riscos de radiação ionizante. Da mesma forma, os trabalhadores de laboratórios que utilizam materiais radioativos também estão sob risco.⁴

O que é carga corporal?

Muitas das nossas exposições diárias às toxinas são pequenas e limitadas, principalmente por produtos químicos e outros materiais que entram em nossos corpos por meio dos alimentos que ingerimos, dos produtos que usamos e do ambiente profissional e doméstico. Embora cada contato seja pequeno, o que importa é a acumulação de toxinas ao longo do tempo – a nossa “carga corporal” total.

Cientistas estimam que cada pessoa carrega cerca de setecentos produtos químicos em seu corpo ao longo da vida. Enquanto alguns desses produtos são eliminados com relativa rapidez, outros permanecem armazenados na gordura, nos ossos e nos músculos. A carga corporal total de uma mulher é especialmente preocupante durante a gravidez e o aleitamento, uma vez que as substâncias químicas passam dela para o feto através da placenta, e para a/o bebê através da amamentação.

MERCÚRIO

O mercúrio é usado em alguns termômetros, termostatos, peças de carro, instrumentos científicos, baterias, obturações dentárias, maquiagem para os olhos (que possuem timerosal, um conservante antisséptico que contém mercúrio), remédios vendidos sem prescrição, produção de cloro e iluminação, inclusive em câmaras de bronzeamento artificial. A liberação no ambiente provém principalmente de termelétricas a carvão, da produção de metal, sobretudo de ouro, da produção de cimento, da eliminação de resíduos, em especial da queima de biomassa, e da produção de ferro e aço. A última mina de mercúrio nos Estados Unidos foi fechada em 1992.

A *Food and Drug Administration* (FDA), agência federal de saúde e serviços humanos do Departamento de Saúde dos Estados Unidos, proibiu o uso de compostos de mercúrio em todos os cosméticos, exceto aqueles usados em torno dos olhos, em que os níveis são muito limitados. Ainda assim, foi detectada a presença de mercúrio em

alguns cosméticos, incluindo cremes de clareamento de pele. Um pequeno número de estados do país proibiu outros produtos de consumo que contenham mercúrio (como brinquedos e joias), mesmo aqueles com pouco mais do que um baixo nível desse metal.

O mercúrio pode danificar o sistema nervoso central, o sistema endócrino (que regula a atividade hormonal), o coração, os pulmões, o sistema imunológico e os rins. A exposição está ligada a inúmeros problemas, que incluem, mas não se limitam a: comprometimento sensorial, falta de coordenação, convulsões, pneumonia, diminuição da função pulmonar, depressão, perda de memória, danos cerebrais e, em doses muito elevadas, morte súbita.

Os sintomas da intoxicação por mercúrio incluem coceira, ardor ou dor, descamação e descoloração da pele, fraqueza muscular, rosto vermelho, perda de dentes, cabelos e unhas, aumento de sensibilidade à luz. A intoxicação por mercúrio pode manifestar-se até vários meses após uma exposição inicial.

Mulheres grávidas, fetos, bebês e crianças podem experimentar distúrbios neurológicos, bem como diminuição da função cerebral, demora para aprender a andar e até danos renais permanentes devido à exposição a esse metal. Além disso, os meninos podem ter uma diminuição na contagem de espermatozoides.

Dicas para evitar a exposição ao mercúrio

- Verifique os ingredientes dos cosméticos que você compra. Evite maquiagem para os olhos e outros produtos contendo timerosal, um conservante à base de mercúrio.
- Tenha cuidado ao descartar termômetros antigos e outros produtos domésticos que contenham mercúrio. Consulte as autoridades locais a respeito dos dias e horários de funcionamento dos postos de coleta comunitária de resíduos domésticos perigosos.
- Peixe é geralmente um alimento muito saudável e nutritivo, mas as mulheres grávidas e as crianças – grupos particularmente vulneráveis ao mercúrio e aos PCBs – devem evitar os peixes de alto risco. Os peixes mais elevados na cadeia alimentar têm em geral a maior quantidade de mercúrio acumulada, com até dez vezes mais mercúrio do que os frutos do mar mais baixos na cadeia alimentar. Os peixes de risco elevado incluem albacora, cavala-real, tubarão, peixe-batata e espadarte. Muitas vezes, peixes usados no sushi podem conter altos níveis de mercúrio.
- Os pescados que estão em um nível mais baixo da cadeia alimentar, tais como o camarão, o atum *light* enlatado, o salmão selvagem do Alasca, o escamudo e o pargo, contêm menores quantidades de mercúrio e são as opções mais seguras. Tendo em conta os benefícios para a saúde decorrentes do con-

sumo de peixe, as mulheres grávidas e as crianças pequenas são incentivadas a comer seletivamente a partir de escolhas de peixes de baixo risco. Ainda assim, alguns especialistas aconselham alguma moderação, sugerindo não mais de 170 gramas ou uma refeição de peixe de baixo risco por semana.⁵

AGROTÓXICOS

Os agrotóxicos estão entre os produtos sintéticos mais intensa e comumente utilizados no mundo. Com base em dados recentes, a Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos estima que mais de 544 mil toneladas de agrotóxicos são usadas todos os anos só nesse país – e 2.267.963 toneladas em todo o mundo –, principalmente para o controle de pragas, sobretudo na agricultura, na indústria e dentro e ao redor das casas das pessoas. Ainda nos Estados Unidos, 75% das famílias usam pelo menos um agrotóxico dentro de casa.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) registraram 549 mil toneladas de produtos agrotóxicos e fungicidas vendidos em território nacional apenas em 2018, superando o consumo estadunidense. Devido à utilização agrícola generalizada, a exposição a agrotóxicos também ocorre por meio de resíduos em alimentos e fontes de água.

A exposição aos agrotóxicos tem sido associada a vários problemas de desenvolvimento e efeitos no sistema reprodutivo, incluindo: impacto sobre as células da placenta, desenvolvimento neurológico atrasado, função menstrual e dos ovários anormal, diminuição da contagem de espermatozoides, puberdade precoce, atraso no desenvolvimento de testículos, próstata e pênis, infertilidade, aborto espontâneo, maior número de natimortos, taxa de natalidade reduzida, desregulação endócrina, nascimento prematuro, aumento de risco de câncer de colo do útero, vaginal, testicular e de câncer cerebral em crianças. A exposição a alguns agrotóxicos agrícolas entre mulheres durante a gravidez pode ser associada ao autismo nos filhos. Muitas pessoas são sensíveis a agrotóxicos e, quando expostas a eles, apresentam irritação ocular, pulmonar e dermatológica.

Além de afetar o desenvolvimento do feto, a exposição a agrotóxicos antes da concepção e durante as fases pré-natal e pós-natal pode afetar a saúde de uma criança a longo prazo. Em 2007, o *Jornal de Agromedicina* relatou que “toda classe química de agrotóxicos tem pelo menos um agente capaz de afetar um ponto final de desenvolvimento ou de reprodução em animais de laboratórios ou pessoas”. Um artigo de 2006 publicado na revista *Environmental Health Perspectives* afirmou que “toda criança concebida hoje no hemisfério norte é exposta a agrotóxicos desde a concepção, durante toda a gestação e a lactação, independentemente de onde ela nasce”.

A exposição a agrotóxicos é comum nas comunidades agrícolas. Entre 2000 e 2001, um estudo analisou trabalhadores agrícolas mexicanos e descobriu que as mães

que foram expostas a agrotóxicos durante o trabalho tinham cinco vezes mais chances de apresentar alterações no desenvolvimento de seus fetos, incluindo anencefalia, um defeito do tubo neural que resulta na ausência parcial ou completa do cérebro e do crânio. Os pais expostos através do trabalho agrícola também enfrentavam o dobro do risco.

Dicas para reduzir a exposição a agrotóxicos na sua comunidade

Sempre que possível, evite usar agrotóxicos em casas, gramados e jardins. Em vez disso, faça uso de produtos baratos e não tóxicos, tais como vinagre, bicarbonato de sódio, ácido bórico, sabão inseticida e produtos feitos de óleos essenciais para combate às pragas. Você também pode usar predadores benéficos e parasitas (como joaninhas e nemátodos). Quando se trata de animais de estimação, evite os produtos químicos e use aplicações que não contenham agrotóxicos para prevenção de pulgas.

Se você for usar agrotóxicos, use roupas protetoras, como blusas de manga comprida, calças longas, luvas e sapatos impermeáveis; óculos de proteção e máscara respiratória também ajudam a minimizar o risco. Lave a pele, as luvas, roupas, sapatos ou botas imediatamente após a exposição. Além disso, lave as roupas sujas de agrotóxicos separadamente, com água quente e detergente.

Nunca fume, coma ou beba enquanto estiver manuseando agrotóxicos, pois, ao fazer isso, você abre caminho para que os produtos químicos entrem em seu corpo.

Não aplique agrotóxicos pouco antes de uma chuva forte ou em lugares a partir dos quais eles poderiam ser carregados para os encanamentos ou diretamente para reservatórios de água. De preferência, use agrotóxicos quando há uma brisa leve e o clima está fresco, como de manhã cedo ou ao entardecer, pois assim você reduz o transporte do agrotóxico pelo vento para áreas próximas.

Siga com atenção as instruções de descarte contidas no rótulo dos agrotóxicos quando houver sobras e recipientes vazios. Nunca despeje agrotóxicos pelo ralo, vaso sanitário, cano de esgoto ou no chão, e nunca reutilize um recipiente de agrotóxico para outra finalidade.⁶

Agrotóxicos na sua comida: dos mais seguros aos agressores mais perigosos

A melhor maneira de evitar a exposição a agrotóxicos através dos alimentos é comprar e consumir produtos orgânicos certificados, bem como alimentos de agricultores que você sabe que não usam agrotóxicos nas suas plantações (muitos agri-

cultores não são oficialmente certificados, mas fazem grandes esforços para praticar o cultivo responsável). O Brasil possui um Cadastro Nacional de Produtores Orgânicos, mantido pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e divulgado em seu portal.⁷

Tenha em mente que nem todas as culturas são tratadas de forma igual. O Grupo de Trabalho Ambiental (*Environmental Working Group*) mantém um guia dos agrotóxicos para que o comprador identifique 49 frutas e legumes, classificando-os dos mais seguros para os menos em termos de resíduos de agrotóxicos. Essa lista pode ser útil se você está se perguntando quais alimentos deveria priorizar para comprar orgânicos.⁸

Os “quinze limpos”: os quinze legumes e frutas menos pulverizados são: cebolas (o melhor), abacate, milho doce (congelado), abacaxi, manga, ervilhas-doces (congeladas), aspargo, kiwi, repolho, berinjela, melão-cantalupo (nacional), melancia, toranja, batata-doce e melão.

Os “doze sujos”: os doze legumes e frutas mais pulverizados são: aipo (o pior), pêssegos, morangos, maçãs, mirtilos (nacional), nectarinas, pimentões, espinafre, couve, cerejas, batatas e uvas importadas.

Pessoas que vivem perto de fazendas que usam agrotóxicos também têm um risco elevado de sentir efeitos negativos para a saúde. Um estudo de 2007 realizado na Califórnia descobriu que a taxa de autismo era seis vezes maior entre as crianças cujas mães viviam num raio de 500 metros de distância de fazendas que usavam certos agrotóxicos do que entre as mulheres que viviam mais distante desse tipo de fazendas.

Além de serem afetados dentro do ventre, bebês e crianças apresentam mais efeitos negativos provenientes dos agrotóxicos do que pessoas adultas, devido ao seu tamanho e biologia. De acordo com a Rede de Ação contra Pesticidas (*Pesticide Action Network*), “quilo por quilo, [as crianças] tomam 2,5 vezes mais água, consomem de três a quatro vezes mais comida e respiram duas vezes mais ar. Portanto, elas absorvem uma maior concentração de agrotóxicos do que os adultos”.⁹

Embora muitos agrotóxicos tenham sido proibidos ou tenham seu uso reduzido, eles continuam afetando a saúde humana e ambiental por muito tempo. Vários agrotóxicos são considerados poluentes orgânicos persistentes (POPs), o que significa que podem permanecer no meio ambiente e nos seres humanos durante anos, senão décadas. Muitas e muitos de nós têm múltiplas exposições, em vez de uma exposição única.

Poluentes Orgânicos Persistentes

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, os poluentes orgânicos persistentes (POPs) são substâncias químicas que persistem no ambiente, têm propriedades de bioacumulação através da rede alimentar e representam riscos de causar efeitos adversos à saúde humana e ao meio

ambiente. Os POPs são extremamente resistentes ao processo de degradação natural experimentado por outras substâncias e, portanto, permanecem no meio ambiente até décadas após a produção inicial. Os POPs também são armazenados em gorduras animais e humanas, o que os torna uma preocupação, particularmente no caso da amamentação, já que o leite da mãe atua como uma rota de exposição, trazendo toxinas da gordura da mãe para seu bebê. A exposição aos POPs tem sido associada a doenças de animais selvagens e doenças humanas, incluindo malformações congênitas.

O controle dos POPs é abordado pela Convenção de Estocolmo de 2001 sobre poluentes orgânicos persistentes, da qual o Brasil, assim como os Estados Unidos, é signatário. A convenção cita a presença dos POPs em áreas que se encontram longe da sua utilização original, incluindo o Ártico, o que indica que comunidades distantes de áreas industriais e agrícolas e de outros locais com elevada utilização de substâncias químicas ainda poderiam ser afetadas pelos POPs. Doze produtos químicos conhecidos como os doze sujos são listados para ação prioritária pela Convenção de Estocolmo. Entre eles estão agrotóxicos como Aldrin e DDT, além de produtos químicos industriais PCB.¹⁰

DISRUPTORES ENDÓCRINOS

Os disruptores endócrinos (DEs) são produtos farmacêuticos e industriais que imitam hormônios produzidos naturalmente. Os disruptores endócrinos podem bloquear ou interferir nas mensagens hormonais complexas que afetam muitas funções do corpo, inclusive o funcionamento da tireoide e dos sistemas imunológico e nervoso, o desenvolvimento e comportamento sexual e o metabolismo. Pesquisas sobre os DEs revelam riscos ocupacionais e ambientais à saúde reprodutiva e à saúde geral das mulheres.

Onde encontramos DEs?

Essa categoria ampla inclui: agrotóxicos, materiais usados em plásticos, tais como bisfenol A (BPA), retardantes de chama, alguns cosméticos, colas e vedantes e alguns produtos de limpeza. Alguns DEs são poluentes orgânicos persistentes (POPs), o que significa que permanecem no ambiente durante anos. Outros deixam o ambiente relativamente rápido. Com centenas de milhares de produtos e processos que contêm ou utilizam DEs, temos uma exposição diária em baixos níveis.

Tal como acontece com outros produtos químicos, os DEs são lipossolúveis e ascendem pela cadeia alimentar, o que significa que se acumulam na gordura dos animais durante um período de anos para, finalmente, serem consumidos pelo ser humano em níveis mais elevados do que se encontram no ambiente natural. Por isso, a nossa dieta é muito importante. É preciso considerar, ainda, que as mulheres são

mais vulneráveis à exposição química do que os homens, em parte devido ao maior teor de gordura de seus corpos.

Pesquisas sugerem que a qualidade do ar em recintos fechados também afeta fortemente nossa exposição. A presença de poeira e lascas de madeira que foram pulverizadas com DEs (tais como colas, vedantes e verniz de madeira) combinada com o uso de produtos químicos e outras substâncias em casa pode competir com a dieta como uma via primária de exposição.

DDT: o disruptor endócrino mais popular

De acordo com a Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos, “O DDT [diclorodifeniltricloroetano] é, provavelmente, um dos agrotóxicos mais famosos e controversos já produzidos”, com mais de dois bilhões de quilos sendo fabricados e utilizados desde a sua primeira produção em 1940. O DDT tem sido empregado com maior destaque em culturas agrícolas como controlador de pragas, principalmente em áreas tropicais onde a malária é disseminada. É usado também para o controle dessa doença em muitas partes do mundo.

No ser humano, o DDT está associado a doenças reprodutivas, incluindo a diminuição da fertilidade. O uso de DDT foi proibido nos Estados Unidos em 1973, mas seu *status* de poluente orgânico persistente (POP) significa que pode permanecer no meio ambiente durante décadas. Um estudo de 2005, conduzido pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, descobriu a presença dessa substância química no sangue de muitos dos indivíduos que foram testados, e vestígios dela chegaram até regiões remotas do Himalaia, a centenas de quilômetros de onde foi inicialmente utilizada. O DDT pode também ser encontrado em domicílios, trazido por produtos importados de países onde os regulamentos são mais indulgentes e onde o agrotóxico é pulverizado a fim de conter a infecção por malária, como em alguns países da Ásia e África.

Ainda há muito debate sobre o entendimento dos efeitos dos DEs sobre a saúde humana. No entanto, os cientistas têm ficado cada vez mais preocupados, sobretudo nas últimas duas décadas. A exposição a baixos níveis de DEs ainda precisa ser melhor compreendida, mas foi provado que níveis elevados de exposição afetam a saúde reprodutiva. Foi descoberto que um dos DEs mais famosos – um estrogênio sintético chamado dietilestilbestrol (DES) – causa problemas de saúde a longo prazo para as crianças filhas de mulheres grávidas que o usaram sob prescrição (nas décadas de 1950 e 1960) para prevenir abortos espontâneos. Os efeitos incluíram maiores taxas de câncer vaginal entre as filhas adolescentes. O DES foi proibido na década de 1970, muito antes de ser conhecido como um disruptor endócrino.

Os DEs estão presentes nos nossos suprimentos de comida, no ar e na água, bem como nos resíduos industriais, em muitos produtos domésticos e em produtos sinté-

ticos de cuidados pessoais. Podem estar associados ao aumento do risco de câncer de mama e outros cânceres em mulheres, assim como à contaminação do leite materno e a outros problemas reprodutivos incluindo endometriose, aborto espontâneo, gravidez tubária e fertilidade reduzida. A maioria dos cientistas concorda que o risco de câncer de mama é afetado pela quantidade de estrogênio que temos em nossos corpos e pelo tempo de exposição a DEs ao longo de nossas vidas. Cabe observar ainda que o risco de câncer de mama pode aumentar se os níveis desse hormônio no corpo forem alterados por produtos químicos que agem como estrogênios.

Muitas vezes, os DEs afetam a saúde de fetos, bebês e crianças muito mais do que a saúde de pessoas adultas, por causa de seu sistema endócrino altamente sensível e ainda em desenvolvimento. Uma vez que muitos processos importantes e complexos ocorrem durante o desenvolvimento fetal e a infância, os DEs podem ter efeitos bastante nocivos ao longo da vida.

DIOXINAS

As dioxinas são um subproduto de processos industriais que utilizam ou queimam cloro. Elas são conhecidas pela exposição humana nociva no caso de Love Canal, um bairro em Niágara Falls, Nova York, onde resíduos tóxicos contaminados foram enterrados pela companhia Hooker Chemical (que mais tarde passou a ser financiada pelo Superfund – fundo instituído pelo governo estadunidense para financiar ações para despoluição). Em Times Beach, Missouri, uma pequena cidade fora de St. Louis precisou ser evacuada em 1983 depois da maior exposição da sociedade civil a dioxinas. Dioxinas também estavam presentes no “agente laranja”, uma mistura de dois herbicidas usada durante a Guerra do Vietnã e que resultou em graves malformações congênitas em crianças geradas por pessoas previamente expostas à substância.

As principais fontes de dioxinas incluem instalações de resíduos municipais, incineradores hospitalares, fábricas de produtos químicos e agrotóxicos, barris de queima de quintal e instalações de branqueamento de celulose e papel. As dioxinas são hoje um dos produtos químicos mais comuns que afetam os estadunidenses. De acordo com a Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos, o nível médio da dioxina encontrada na população está próximo dos associados a efeitos nocivos para a saúde observados em animais e pessoas. Qualquer exposição adicional a níveis acima dos aceitáveis poderia, consequentemente, prejudicar a nossa saúde. A exposição às dioxinas ocorre sobretudo por meio da ingestão de alimentos contaminados, em especial de peixes, carnes e produtos lácteos. As dioxinas podem causar câncer e doenças reprodutivas.

BPA

O bisfenol A, ou BPA, é um composto orgânico amplamente utilizado em produtos de plástico duro, incluindo recipientes reutilizáveis para alimentos, mamadeiras,

canecas para bebês, revestimento de latas de leite em pó e alimentos enlatados. Ele também está presente em uma ampla gama de itens domésticos, desde brinquedos para crianças até selante dentário. Nos Estados Unidos, a indústria química produz cerca de 3,1 milhões de toneladas por ano de BPA, cuja exposição ocorre quando o produto químico contamina alimentos e bebidas.

O BPA é considerado um disruptor endócrino, e mais de duas centenas de estudos têm evidenciado uma longa lista de graves doenças crônicas associadas a ele, como câncer, infertilidade, doenças de coração, anormalidades no fígado, malformações genitais em bebês do sexo masculino, puberdade precoce em meninas, deficiências cognitivas e comportamentais, anormalidades no sistema reprodutivo e cardiovascular, diabetes, asma, obesidade, transtorno de déficit de atenção (TDA) e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). De acordo com um estudo conduzido pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, em 2007, 93% da população estadunidense com idade igual ou superior a seis anos foram expostos ao BPA. O Grupo de Trabalho Ambiental encontrou BPA em mais da metade das 97 marcas de frutas, legumes, refrigerantes e outros produtos enlatados comuns. Sua utilização em brinquedos e recipientes de plástico destinados a crianças pequenas é particularmente preocupante devido a diferenças naturais no metabolismo e no tamanho delas, que as tornam mais vulneráveis do que os adultos. Por sua vez, os fetos são afetados no útero e nos estágios iniciais de desenvolvimento. De acordo com o Conselho Ambiental do Oregon, os bebês prematuros são expostos a níveis de BPA dez vezes maiores do que a população em geral.

Em 2011, a China e a Malásia proibiram o BPA, juntando-se ao Canadá e a toda a União Europeia. Nos Estados Unidos, algumas cidades e estados proibiram mamadeiras contendo BPA. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) proibiu o uso do bisfenol A em mamadeiras e artigos similares destinados à alimentação de lactentes (crianças menores de 12 meses de idade) em 2012.

Embora os produtos livres de BPA estejam se tornando mais disponíveis, muitas vezes eles são mais caros do que os produtos que contêm o composto, sujeitando grupos de menor renda a risco potencialmente maior. De fato, as crianças das classes mais baixas acabam por enfrentar taxas mais elevadas de exposição ao BPA: a presença do BPA foi recentemente encontrada nos cordões umbilicais de nove em cada dez mulheres negras, asiáticas e hispânicas testadas pelo Grupo de Trabalho Ambiental.

Dicas para evitar a exposição ao BPA¹¹

- Atente-se aos números 3 e 7 no fundo dos recipientes de plástico, que muitas vezes indicam que eles contêm BPA.
- Escolha frascos de vidro, aço inoxidável ou de polipropileno isento de BPA (PP #5).

- Não leve recipientes plásticos feitos com BPA ao forno micro-ondas (é melhor usar vidro ou porcelana) e descarte garrafas velhas ou danificadas (os arranhões podem promover a lixiviação da substância).
- Minimizar o uso de alimentos enlatados e bebidas enlatadas.
- Peça ao seu dentista vedantes e obturações compostos sem BPA.

Por que trabalho para melhorar a saúde ambiental?

Lisa Frack, gerente de redes sociais do Grupo de Trabalho Ambiental

Quando estava grávida do meu segundo filho, li o livro de Sandra Steingraber, *Having Faith*, sobre a incrível – e bastante assustadora – interligação da gravidez com o ambiente. Naturalmente, eu tinha ouvido sobre os graves efeitos adversos do álcool, do fumo e das drogas no desenvolvimento de um bebê – e tinha escolhido evitar todos eles durante a gravidez. Até fiz um teste do nível de chumbo no sangue porque estávamos reformando uma casa antiga. Mas o que eu não tinha escolhido evitar – porque eu não tinha conhecimento sobre eles – eram os milhares de outros produtos químicos a que eu e meu bebê estávamos expostos todos os dias: substâncias químicas em meus produtos de limpeza, na tinta da casa, nos cremes e xampus que eu tinha recebido como presentes para o meu novo bebê, no meu esmalte de unhas, para citar apenas alguns.

A partir desse novo conhecimento e de algumas mudanças de produtos, uma substância química me levou para uma carreira na saúde ambiental: o bisfenol A (BPA). Como uma mãe que trabalha fora, eu bombeava leite materno no trabalho para que o meu parceiro e o pessoal da creche alimentassem o meu bebê. Acontece que as mamadeiras que usávamos continham o disruptor endócrino BPA e, para piorar as coisas, eram de segunda mão, o que fazia com que fossem mais propensas a liberar produtos químicos.

Bem, isso foi a gota d'água! Deixei de usar as nossas mamadeiras tóxicas assim que soube do BPA, mas muitas outras mulheres ainda as estavam usando, e alternativas mais seguras não eram fáceis de identificar ou comprar. Então, decidi mudar meu foco da proteção apenas da minha própria família para trabalhar para o Grupo de Trabalho Ambiental, organização localizada em Washington, DC, a fim de proteger outras cuidadoras e cuidadores e seus filhos. O Grupo de Trabalho Ambiental informa as pessoas sobre os produtos químicos que afetam a nossa saúde e oferece dicas práticas e eficazes sobre como evitá-los. Defendemos também leis mais fortes, tanto em âmbito nacional como estadual, uma vez que as leis atuais estão desatualizadas e fracas. Tem de ser mais fácil para uma mãe ou pai avaliar a toxicidade de todos os produtos lá fora!

A ciência da saúde ambiental continua a mostrar que a exposição a produtos químicos tóxicos durante a gravidez e na primeira infância pode ter efeitos adversos a longo prazo para a saúde. Uma das minhas responsabilidades mais importantes é a saúde dos meus filhos. Lutar pela sua saúde ambiental é uma forma de cumprir essa responsabilidade – para todas as crianças.

BIFENILAS POLICLORADAS (PCBs)

As bifenilas policloradas, ou PCBs, são um dos produtos químicos mais tóxicos e perigosos utilizados na fabricação moderna. Historicamente, elas têm sido usadas de modo extensivo em toda a indústria, particularmente em transformadores, condensadores e líquidos de refrigeração. Em 1979, as preocupações com os efeitos dos PCBs sobre a saúde e o ambiente levaram à sua proibição para a maioria dos usos nos Estados Unidos, mas hoje eles ainda são permitidos em algumas aplicações. No Brasil, as restrições para o uso das bifenilas policloradas foram implementadas em 1981, com proibição de fabricação, comercialização e uso. No entanto, os equipamentos já instalados continuam em funcionamento até sua substituição. Os PCBs são poluentes orgânicos persistentes (POPs) que podem permanecer em nosso organismo e no ambiente por décadas. Problemas de saúde que resultam da exposição aos PCBs incluem distúrbios da tireoide, câncer de mama, endometriose, baixo peso ao nascer, distúrbios menstruais e, possivelmente, puberdade precoce, bem como aborto espontâneo e alterações hormonais.

Algumas áreas são consideradas “pontos focais” de PCB nos Estados Unidos. Ao longo do Rio Hudson, em Nova York, onde a companhia General Electric despejou milhares de quilos de PCB, permanecem alertas estritos quanto ao consumo de peixes para as mulheres em idade fértil, visando a minimizar sua exposição. Cerca de duzentas milhas do Rio Hudson, algumas das quais percorrem a cidade de Nova York, bem como os lagos Erie e Ontário, são locais indicados como potencialmente perigosos.

FTALATOS

Os ftalatos são produtos químicos que tornam o plástico mais flexível. Eles podem ser encontrados em muitos produtos comuns, incluindo comprimidos, papel de parede, adesivos, embalagens para alimentos, vinil, cortinas de chuveiro, materiais de construção, cosméticos, equipamentos médicos, brinquedos e outros itens para crianças, embalagens, garrafas de água e latas de refrigerante, tintas, têxteis, cloreto de polivinila (PVC, comumente usado em pisos), agrotóxicos, inseticidas e comidas. O uso de ftalatos está sendo eliminado aos poucos nos Estados Unidos: sua utilização em produtos para crianças é, em alguns casos, banida e, muitas vezes, restrita, em especial em brinquedos e produtos destinados à boca de um bebê, tais como as chupetas.

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, quase todos os estadunidenses têm ftalatos na urina. A alimentação é a principal forma de acesso da substância aos nossos corpos, seja por meio da lixiviação de recipientes para alimentos e líquidos ou dos próprios produtos alimentícios. Os ftalatos são facilmente liberados no ar quando os plásticos envelhecem e se decompõem.

A exposição aos ftalatos é associada à asma e alergias (sobretudo em crianças), autismo, distúrbio endócrino, obesidade, diminuição da contagem de espermatozoides, baixo peso ao nascer, parto prematuro e TDAH. A Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos classifica os ftalatos como “prováveis cancerígenos humanos”.

O QUE TEM EM NOSSOS COSMÉTICOS?

Reação adversa aos cosméticos? Comunique a autoridade sanitária

No Brasil, o Notivisa é um sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. A notificação pode ser feita diretamente no sistema da Agência: <https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmLogin.asp>.

A maioria das mulheres usa vários produtos cosméticos e de cuidados pessoais – incluindo loções, pasta de dentes e maquiagem – todos os dias. Aplicamos esses produtos diretamente em algumas das partes mais sensíveis de nossos corpos. Nossa pele tem permeabilidade e nossos olhos e boca são uma entrada para substâncias químicas, que alcançam a corrente sanguínea pelas mucosas; nossos pulmões inalam centenas de possíveis contaminantes. Muitas das substâncias químicas mais comumente utilizadas em cosméticos estão associadas a alergias, sensibilidade química múltipla, asma, falta de ar, alterações na função hormonal, diversos tipos de câncer, desenvolvimento cerebral, doenças reprodutivas, doenças de pele e problemas no parto. De acordo com o Grupo de Trabalho Ambiental, um em cada cinco produtos de cuidado pessoal contém substâncias químicas relacionadas ao câncer. Até mesmo substâncias químicas que foram proibidas em outros produtos por conta dos efeitos adversos à saúde, como o chumbo e o mercúrio, ainda são utilizadas em produtos cosméticos comuns, como o batom e o rímel.

Guia da consumidora para cosméticos seguros

Mesmo os produtos rotulados como naturais podem conter produtos químicos potencialmente tóxicos. As empresas podem querer parecer limpas e verdes, mas essa imagem é muitas vezes enganosa.

Aqui está uma pequena lista de ingredientes para você evitar, independentemente do que diz a embalagem: mercúrio, acetato de chumbo, petroquímicos, ftalatos, nanopartículas, formaldeído, tolueno, parabeno e nitrosaminas. Além disso, é melhor evitar quaisquer produtos perfumados.

Quando for possível, compre produtos de empresas que são afiliadas da *Campaign for Safe Cosmetics* (Campanha por cosméticos seguros),¹² pois essas empresas se comprometem a divulgar todos os ingredientes e estão de acordo com as normas da União Europeia, que oferecem maior regulamentação e supervisão. Infelizmente, muitos dos produtos que são menos tóxicos são mais caros, por isso precisamos exigir mais testes e regulamentação e levar as empresas a diminuírem sua dependência de substâncias sintéticas.

Os bebês também estão bastante expostos aos produtos de cuidado pessoal, dos lenços umedecidos ao talco. Os fetos podem ser afetados no útero: uma pesquisa de 2009 realizada pelo Grupo de Trabalho Ambiental, por exemplo, encontrou substâncias químicas de perfumes presentes no cordão umbilical de recém-nascidos.

Produtos cosméticos e de limpeza contêm algumas das maiores quantidades de substâncias químicas sintéticas e, ainda assim, sua regulamentação é mínima. Enquanto aditivos de comidas e remédios devem ser testados antes de serem comercializados, os produtos cosméticos não passam pelos mesmos procedimentos obrigatórios, por isso muitos elementos tóxicos suspeitos são utilizados em cosméticos comuns. A União Europeia proibiu mais de 1.100 substâncias químicas em produtos de cuidado pessoal, de acordo com a *Campaign for Safe Cosmetics*. Os Estados Unidos proibiram e restringiram apenas 11.

A puberdade precoce pode aumentar os riscos de câncer de mama

De acordo com o projeto Riscos Ambientais e Câncer de Mama (*Environmental Risks and Breast Cancer*), da Vassar College, produtos de cuidado pessoal podem estar associados ao câncer de mama pré-menopausa em jovens afro-americanas. Quando o uso de produtos pessoais como relaxantes capilares foi descontinuado entre meninas com sinais de puberdade precoce, esses sinais diminuíram, sugerindo uma correlação entre as substâncias químicas de determinados produtos e a puberdade prematura, que, por sua vez, agrava o risco de câncer de mama e é uma preocupação para todas as meninas.

Segundo a Fundação para o Câncer de Mama (*Breast Cancer Fund*), um número significativo de jovens estadunidenses começa a desenvolver seios antes dos oito anos de idade. Além do câncer de mama, a puberdade prematura está ligada à síndrome do ovário policístico, à depressão e à ansiedade. Apesar de as causas da puberdade precoce ainda estarem sendo investigadas, é possível que

haja relação com o uso de substâncias químicas nocivas ao sistema endócrino incluindo as que imitam estrogênio.

Muitas substâncias químicas são testadas por seus efeitos óbvios, como reações alérgicas de curto período, em vez de por seus efeitos combinados e a longo prazo. Além disso, muitas substâncias nem mesmo são listadas em alguns produtos. O Grupo de Trabalho Ambiental descobriu que perfumes comuns incluem 14 ingredientes que não são apontados no rótulo, muitos dos quais não passaram por avaliação da FDA, agência de saúde estadunidense responsável pela supervisão, entre outros, de produtos alimentícios e farmacêuticos. A indústria de fragrâncias só testou 34% dessas substâncias nos Estados Unidos.

De acordo com a *Campaign for Safe Cosmetics*, na ausência de uma norma de segurança dos Estados Unidos, os fabricantes de cosméticos podem alegar que seus produtos são seguros quando, na verdade, eles podem apresentar sérias ameaças à saúde.

Essas normas superficiais são mantidas por conta da proximidade entre a indústria e o governo, sua forte influência e as inúmeras brechas na legislação.

A falta de conhecimento sobre o que essas substâncias químicas causam à nossa saúde vai muito além do setor cosmético. Durante uma reportagem especial da CNN sobre substâncias tóxicas no útero, Phil Landrigan, pediatra e diretor do Centro de Saúde Ambiental da Criança da *Mount Sinai School of Medicine*, afirmou: “Não sabemos o efeito de 80% das substâncias químicas mais comuns que utilizamos no nosso dia a dia neste país, se elas podem ou não afetar o cérebro das crianças, seu sistema imunológico, seu sistema reprodutivo e outros órgãos de desenvolvimento... realmente estamos em meio a um grande caos”.

Para proteger os consumidores, o governo deve submeter a indústria a testes de exposição a combinações de substâncias. Até que possamos entender melhor os efeitos de múltiplas substâncias, é importante que façamos o que estiver ao nosso alcance para reduzir a exposição acumulada.

RISCOS COMPARTILHADOS, EFEITOS DIFERENTES

Apesar de todos serem afetados pelas condições ambientais, independentemente de gênero, raça, classe social e atividade profissional, tais condições representam maiores riscos à saúde para pessoas de baixa renda, pretas e pardas, enfim, para as pessoas mais vulneráveis. A iniciativa que visa a diminuir os riscos e consertar os erros é conhecida como movimento de justiça ambiental.

O poder econômico e a classe social determinam o quanto podemos nos proteger de riscos à saúde relacionados ao ambiente e ao trabalho. Algumas pessoas podem

comprar água filtrada e comida livre de aditivos para terem mais saúde, ou até mesmo se mudar para uma vizinhança menos poluída. Outras não. Nos Estados Unidos, pessoas negras são mais propensas a trabalhar em locais mais perigosos e a viver em moradias inadequadas, mais próximas aos riscos ambientais. No Brasil não é diferente, e a população preta e parda é a que mais sofre com o desemprego e tem a menor média de renda, reflexo das desigualdades sociais no país.

O projeto da Reserva Akwesasne sobre leite materno

Katsi Cook, parteira e educadora da comunidade Mohawk em Akwesasne, em Nova York, deu início ao renomado projeto *Akwesasne Mother's Milk* em 1984. Seu intuito era ajudar a solucionar dúvidas das mulheres de Mohawk sobre os efeitos de substâncias químicas tóxicas na qualidade do leite materno e na saúde reprodutiva. Os altos níveis de exposição ao PCB e outros contaminantes na comunidade colocaram a saúde reprodutiva das mulheres em grandes riscos. O projeto continua em andamento, definindo um modelo para as pesquisas realizadas na Reserva Akwesasne, bem como em outras comunidades.

“A água da terra e a água dos nossos corpos é a mesma”, disse Cook. “A amamentação é um direito humano inerente. Ela é um elemento fundamental do nosso estilo de vida de subsistência, que protege a saúde das gerações”.

A associação de Cook, a *First Environment Collaborative of Running Strong for American Indian Youth* (indianyouth.org/women.html), trabalha com os departamentos de saúde e de serviços clínicos de Akwesasne para implementar um modelo de empoderamento de tratamento pré-natal. Esse modelo, que dá enfoque ao cuidado de mulheres, oferece exames físicos, grupos de apoio e desenvolvimento e educação comunitária, que dão suporte e incentivo a mulheres quando se tornam mães.

Pesquisas realizadas pela Comissão de Justiça Racial (*Commission for Racial Justice*) da *United Church of Christ* ajudaram a lançar o movimento de justiça ambiental na década de 1980. O trabalho da comissão apontou que três dos maiores aterros de resíduos perigosos nos Estados Unidos estão localizados em comunidades majoritariamente compostas por pessoas negras ou latinas, que três entre cinco negros e latinos vivem em comunidades com aterros de resíduo tóxico não supervisionados e que cerca de metade dos asiáticos do Pacífico e nativos americanos vivem próximos a aterros de resíduo não supervisionados.

O trabalho continua por meio de muitas redes, sendo o Centro de Recursos para Justiça Ambiental (*Environmental Justice Resource Center – ejrc.cau.edu*), da Universidade de Atlanta, uma das melhores fontes de informação e inspiração.

Os efeitos de substâncias tóxicas em nível local e mundial

Dos três milhões de trabalhadores rurais nos Estados Unidos, a maioria é formada por migrantes, principalmente de origem latina, e cerca de 25% são mulheres. Os problemas de saúde de trabalhadoras rurais são muitas vezes negligenciados, sendo sua saúde no ambiente de trabalho menos monitorada do que a dos homens. De acordo com o Comitê para Mulheres, População e Meio Ambiente (*Committee on Women, Population and the Environment*), os estudos sobre trabalhadores rurais dão enfoque desproporcional à saúde dos homens, ao passo que poucos tratam das mulheres. Quando a porcentagem feminina é contemplada, elas são classificadas como esposas de fazendeiros, uma designação que as exclui de grandes estudos que consideram o câncer induzido por substâncias tóxicas. Sem as devidas pesquisas, intervenções apropriadas para mulheres não têm sido criadas ou implementadas. O comitê também relata que as mulheres sofrem maiores riscos do que os homens por conta dos papéis de gênero socialmente construídos, como lavar as roupas sujas e contaminadas com substâncias tóxicas usadas por seus parceiros no trabalho.

Injustiças ambientais e reprodutivas

Quem luta a favor da justiça reprodutiva deve prestar atenção às injustiças ambientais que afetam nossa capacidade de engravidar, ter uma gestação saudável, dar à luz e criar um bebê com saúde. Não raro, as mulheres são culpadas individualmente por não terem essas condições e são, muitas vezes, orientadas a evitar trabalhos perigosos, a se mudar de áreas contaminadas, a melhorar seu grau de educação ou eliminar barreiras linguísticas, como se tudo isso estivesse ao seu alcance.

Além disso, mulheres de classes mais vulneráveis frequentemente trabalham em indústrias e estão sujeitas a riscos graves à sua saúde. Trabalhadoras rurais são expostas a diversas substâncias químicas nocivas que causam aborto espontâneo e criam danos físicos irreversíveis, que podem ser evitados e que não são problemas exclusivos das mulheres. Na verdade, é necessário construir uma sociedade baseada em direitos humanos na qual o lucro produzido pelo uso de substâncias químicas que afetam nossa saúde seja inaceitável.¹³

Loretta Ross, coordenadora nacional do coletivo SisterSong e organizadora de movimentos em prol da justiça reprodutiva e ambiental

Um dos maiores perigos que as mulheres inuítes enfrentam no norte do Canadá é o dano causado aos alimentos por conta dos contaminantes levados pela atmosfera a partir dos Estados Unidos e do resto do mundo. Isso coloca em alto risco não apenas essas mulheres, mas também suas filhas e filhos, especialmente as crianças ainda em fase de amamentação. As mulheres inuítes precisaram ajustar sua dieta para que não

fossem expostas às fontes de comida animal que estão no topo da cadeia alimentar.

Agrotóxicos, drogas, substâncias químicas industriais e produtos banidos dos Estados Unidos são exportados com frequência para países em desenvolvimento onde as regulamentações são inexistentes ou mal aplicadas. Países mais pobres costumam ter regulamentações ambientais mais fracas para atrair o interesse de negócios industriais do exterior. Muitas empresas dos Estados Unidos, por exemplo, funcionam em países com baixa ou nenhuma regulamentação de trabalho ou de toxinas. Essas empresas produzem substâncias químicas e produtos que não seriam fabricados com tanta facilidade e de forma tão econômica em território estadunidense, o que põe em risco a saúde e a vida das trabalhadoras e dos trabalhadores nesses países. Alguns acordos internacionais, como o Tratado Norte-Americano de Livre Comércio, diminuem as possibilidades de determinados países implementarem regulamentações por conta da influência das indústrias sobre a política e a economia dessas nações.

Em tradução: a construção de vasos sanitários e o plantio de árvores

Grupo: Associação de Economia Doméstica da Tanzânia (Tanzania Home Economics Association)

País: Tanzânia

Fonte: Materiais em suaíli adaptados de *Our Bodies, Ourselves* para o leste da África

Website: ourbodiesourselves.org/programs/network

A Tanzânia, localizada no leste da África, tem quase 80% de população rural e é muito pobre. Embora a exposição da população a substâncias químicas e toxinas seja diferente daquela de nações industrializadas, a maior parte dos tanzanianos encara outros desafios ambientais, como pouco ou nenhum acesso a água potável e comida, alta contingência populacional, destinação inadequada de resíduos e carência de saneamento básico. Isso aumenta o risco de doenças como diarreia, hepatite A, febre tifoide, cólera e malária. Muitas delas são problemas sérios de saúde pública. No entanto, diversas substâncias químicas comumente utilizadas para conter a propagação de doenças podem afetar a saúde e o bem-estar de comunidades inteiras. O DDT, por exemplo, um agrotóxico utilizado para controlar o mosquito que transmite a malária em determinadas partes da Ásia e da África, está relacionado a uma gama de doenças reprodutivas, incluindo diminuição de fertilidade.

A *Tanzania Home Economics Association* (TAHEA), parceira do *Our Bodies, Ourselves* no país, adotou uma abordagem abrangente do problema, levando em conta a relação entre a saúde individual e coletiva com o ambiente. Como

a TAHEA usa os materiais baseados no *Our Bodies, Ourselves* em suaíli para aumentar a conscientização sobre a saúde reprodutiva e sexual, o grupo também educa a comunidade sobre práticas que fomentam o crescimento de microrganismos que transmitem doenças. A TAHEA também trabalha em parceria com departamentos locais de saúde, água e esgoto, assim como com departamentos médicos e acadêmicos para identificar soluções sustentáveis.

Esse esforço conjunto já ajudou a treinar mais de 450 mulheres de diferentes povoados sobre a importância do saneamento. Trinta dessas mulheres são hoje educadoras colaboradoras, alcançando cada vez mais comunidades com informações sobre higiene geral, deposição de dejetos humanos, proteção de recursos hídricos e efeitos ambientais na saúde reprodutiva, bem como na saúde da comunidade como um todo e no desenvolvimento econômico.

A resposta desse alcance é inédita, relata a TAHEA. Muitas comunidades estão construindo sanitários, reduzindo a contaminação da água e plantando árvores ao redor da área de reservatórios de água locais – e, desde então, não houve nenhum surto de cólera nessas aldeias.

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO: NO LOCAL DE TRABALHO

As mulheres estadunidenses têm um longo histórico de ações coletivas em prol da saúde no trabalho. As trabalhadoras de fábricas de Lowell, em Massachusetts, lutaram contra condições de risco nos anos 1840. Em 1909, milhares de mulheres da indústria do vestuário da cidade de Nova York fizeram greve para protestar contra as más condições de trabalho e os baixos salários. Em 1943, duzentas mulheres afro-americanas “se sentaram” em suas máquinas em uma plantação de tabaco na Carolina do Norte depois que uma colega de trabalho morreu após anos de exposição ao calor, poeira e ruído excessivos. Em 1979, mulheres lideraram uma greve em prol de melhores condições de saúde e segurança em uma granja no Mississippi. Enfermeiras constantemente se pronunciam sobre os riscos da falta de trabalhadores, além dos problemas trazidos pelas horas extras obrigatórias, que afetam tanto profissionais da enfermagem quanto os próprios pacientes. Com tanta experiência em nossa história, ainda continuamos a tomar medidas.

Para proteger a saúde e o direito reprodutivo das mulheres, uma forte coligação lutou contra as “políticas de proteção de fetos”. Essas políticas procuram mulheres no trabalho (principalmente aquelas em idade reprodutiva), retirando-as de postos de trabalho de risco em prol da proteção de um feto existente ou em potencial. No entanto, essa suposta proteção não diminui os riscos nos locais de trabalho, pois coloca a saúde reprodutiva dos homens em risco e “protege” as mulheres, retirando-as de seus empregos. Uma coligação que defende os direitos do trabalho, do ambiente e das mulheres, junto com organizações da saúde reprodutiva, lutou contra essas políticas

e levou o processo à Suprema Corte dos Estados Unidos. Em 1991, no famoso caso da *United Automobile Workers (UAW)* contra a *Johnson Controls (fabricantes de baterias)*, o Tribunal de Justiça decidiu que a demissão de mulheres férteis devido a possíveis lesões ao(s) feto(s) é discriminação ilegal baseada em gênero, independentemente das intenções de maternidade dessas funcionárias. A União Americana pelas Liberdades Cívicas (*American Civil Liberties Union*), que deu apoio à UAW, alegou que as mulheres devem ser as que decidem seus papéis na reprodução e na economia. A coligação enfatizou que o local de trabalho precisa ser limpo para o bem de todos – das mulheres, dos homens e das futuras gerações.

PRECAUÇÕES QUE MULHERES GRÁVIDAS DEVEM TER

Se você está grávida e trabalha com substâncias nocivas, é possível que você tenha determinados direitos à transferência ou à licença, remunerada ou não. Uma emenda da Lei dos Direitos Cívicos de 1964 dos Estados Unidos defende que mulheres “incapacitadas por gravidez” devem ser tratadas da mesma forma que trabalhadores temporariamente incapacitados. (Essa invalidez, nesse caso, é um termo legal que diz respeito à inabilidade de desempenhar certas tarefas). Alguns estados também têm leis que protegem as mulheres grávidas no trabalho. No Brasil, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estabelece que a trabalhadora gestante deve ser afastada de atividades consideradas insalubres, sem que haja prejuízo à sua remuneração. Apesar de ser uma proteção para as mulheres grávidas não se exporem a fatores de risco que possam prejudicar sua saúde e/ou a do feto, a lei não alcança as trabalhadoras informais.

Antes de começar um novo trabalho, pergunte se a empresa possui políticas específicas de saúde reprodutiva, quais são e se elas se aplicam a homens e mulheres. Em alguns países, empresas pedem que os funcionários assinem licenças afirmando que estão cientes dos possíveis riscos à saúde reprodutiva e que não irão culpabilizar o empregador. Algumas advogadas e advogados acreditam que essas licenças podem ser contestadas em tribunal. Se seu empregador tem uma política que lhe parece pouco clara ou abusiva sobre fertilidade, gravidez, maternidade ou qualquer outro problema relacionado à saúde reprodutiva, entre em contato com associações ou grupos de defesa e de segurança da saúde no local de trabalho ou clínicas de saúde ambiental e do trabalhador para buscar apoio.

No Brasil, você pode buscar ajuda no sindicato de trabalhadores de sua categoria, junto a autoridades de fiscalização do trabalho ou nos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST).

COMO COMEÇAR MUDANÇAS NO LOCAL DE TRABALHO

Se você está pensando em tomar medidas em seu local de trabalho, esteja ciente das possíveis dificuldades. Apesar de a lei estadunidense afirmar que uma pessoa não

pode ser demitida por levantar questões de saúde e segurança, em muitos locais, a realidade mostra que não há garantias de que o empregador não vá descobrir quem submeteu a queixa (caso seja uma denúncia anônima), principalmente em locais de trabalho pequenos, ou quando alguém havia levantado a discussão sobre o possível problema. Não é diferente no Brasil. Isso, contudo, não deve intimidá-la a ir atrás de seus direitos.

Atuar contra um problema específico de saúde e segurança tende a começar de maneira informal. Dedique-se a conhecer e compreender os fatores de risco (ameaças no ambiente ou local de trabalho que podem prejudicar sua saúde), os problemas de saúde que podem ocorrer (agravos ou doenças) e os impactos de um ou do outro. Procure demonstrar as relações entre eles (dos riscos com os agravos e/ou doenças) e como o problema afeta a todos, não apenas você.

Sempre que possível, tente participar de uma comissão permanente sobre questões de saúde e segurança no trabalho. No Brasil, você pode participar das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), por exemplo, ou de comitês temáticos como o de Ergonomia, quando houver. Em vez de responder apenas a emergências ou eventos já ocorridos, tais comissões devem trabalhar de maneira preventiva para descobrir potenciais problemas antes que alguém se machuque e devem levar a questão à administração/liderança da organização ou da empresa. A atuação em comissões ou grupos de trabalhadores pode evitar que as pessoas sejam, individualmente, tachadas de “criadoras de problemas” e virem alvo de discriminação, assédios e, até mesmo, de demissões injustas. Trabalhadoras informais costumam ser mais vulnerabilizadas. Procure associações ou movimentos sociais nos quais você possa se apoiar.

Conheça os pontos fortes e os fracos do coletivo de trabalhadores, bem como as barreiras que vocês podem enfrentar e as oportunidades que podem utilizar. Lembre-se de que você pode encontrar apoio em lugares inesperados. Pergunte como outros trabalhadores, seus representantes ou sua comunidade podem contribuir com seus esforços. Por exemplo, trabalhadoras que lutam contra condições ambientais precárias de saúde podem recorrer a setores de manutenção ou segurança para ajudar com problemas de ventilação, de equipamentos, das máquinas ou outros temas de saúde e segurança no trabalho. Pequenos atos de solidariedade praticados por muitas mulheres de todas as etnias e classes socioeconômicas podem levar a vitórias substanciais.

Susan McQuade, especialista em saúde e segurança do Comitê de Segurança e Saúde no Trabalho de Nova York (*New York Committee for Occupational Safety and Health*), fala sobre o trabalho do grupo:

Nós educamos as mulheres em trabalhos de construção sobre os riscos reprodutivos que podem ser encontrados nesses cargos. Os técnicos do Comitê de Segurança e Saúde no Trabalho de Nova York (*nycosh.org*) usam o caso da UAW

contra a Johnson Controls para demonstrar como os sindicatos lutaram pela proteção de seus membros contra a exposição a riscos para a saúde reprodutiva. Isso é importante especialmente para novas trabalhadoras, que podem se sentir pressionadas a aceitar medidas menos adequadas caso sejam expostas a perigos que podem afetar sua saúde reprodutiva. Mas, apesar de as mulheres enfrentarem alguns problemas de saúde e segurança específicos, a grande maioria dos perigos em qualquer local de construção afeta tanto homens quanto mulheres. Informações adequadas e atividades mais organizadas para discutir preocupações de saúde e segurança são as melhores ferramentas para reduzir a exposição a riscos reprodutivos e quaisquer outros problemas de saúde presentes no trabalho.

A seguir, são listadas algumas sugestões para melhorar a saúde e a segurança no trabalho:

- **Substituir processos e agentes nocivos por alternativas mais seguras:** pesquise e exija que seu empregador encontre substâncias ou equipamentos (químicos ou de processo) mais seguros que podem ser utilizados. Por exemplo, estimule o empregador a substituir solventes por produtos à base de água e a usar produtos de limpeza naturais e biodegradáveis.
- **Isolar, enclausurar ou eliminar um processo:** levante perguntas que possam motivar mudanças. Um trabalho de risco pode ser transferido para um horário ou uma área diferente de modo que menos pessoas sejam expostas ao perigo? O trabalhador pode ser isolado da operação ou o processo pode ser completamente eliminado ou enclausurado? Exaustores ou ventiladores podem evitar que os trabalhadores inalem poeira, fumaça ou vapor nocivos?
- **Melhorar a limpeza:** evite que materiais tóxicos sejam reintroduzidos na atmosfera realizando uma limpeza efetiva. Diminua os níveis de poeira para proteger os pulmões e as vias aéreas dos trabalhadores. Remova obstáculos ou objetos para fora das áreas de trabalho e de circulação para prevenir acidentes. Use máscaras, luvas e outros equipamentos de proteção individual (EPI) de forma adequada.
- **Melhorar a manutenção:** verifique se os equipamentos de trabalho são submetidos à inspeção e manutenção com regularidade.
- **Considerar os equipamentos de proteção individual (EPI) como uma última medida:** é responsabilidade do empregador garantir que os trabalhadores estejam devidamente protegidos. Não são os trabalhadores que devem se adaptar ao trabalho, mas o trabalho é que deve ser adaptado aos trabalhadores. EPIs podem ser de uso especialmente difícil para mulheres grávidas. Portanto, outras medidas de proteção devem ser implementadas antes para todos os trabalhadores. Profissionais de saúde e segurança no trabalho, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e Comissões Internas

de Prevenção de Acidentes (CIPA), entre outras entidades, podem ajudar você a pensar se a recomendação de uso de EPIs é efetiva e justa.

- **Exercer o direito à proteção da saúde e da segurança:** as mulheres têm o direito de exigir medidas de segurança e proteção no trabalho, incluindo transferência ou mudança de função. No entanto, para exercer seu direito, tenha uma boa estratégia traçada em conjunto com outros trabalhadores, com a CIPA ou outras comissões e sindicatos. Não permita que a “proteção” dos outros represente um risco para seu emprego.
- **Criar grupos de apoio:** grupos organizados podem levantar informações, educar colegas de trabalho, ajudar a definir prioridades e oferecer liderança e persistência para promover mudanças. Um comitê de saúde e segurança é a parte mais efetiva de um sindicato. Nos Estados Unidos, é exigido por lei que uma empresa sindicalizada negocie assuntos relacionados à saúde e à segurança com o sindicato. Para empresas não sindicalizadas, requerimentos legais podem exigir a existência de comitês de saúde e segurança em vários estados. No Brasil, a Norma Regulamentadora nº 5 exige a implantação de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), eleita pelos trabalhadores, para empresas com mais de 20 empregados. O dimensionamento da CIPA depende do número total de trabalhadores. Para organizações com até 19 empregados, deve haver, no mínimo, um representante de CIPA.
- **Negociar contratos de trabalho:** negociações de contrato oferecem a oportunidade de discutir horários, salários e condições de trabalho. Se você pertence a um sindicato, discuta a mobilização em torno de questões de saúde com seu representante ou dirigente sindical. No Brasil, as Convenções e os Acordos Coletivos de Trabalho são direitos dos trabalhadores garantidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e representam uma boa oportunidade para negociar condições de trabalho, incluindo as de saúde e segurança.



Figura 1 – Esmaltes possuem químicos não regulados. Cortesia de Raquel Pereira.

Organização pelos direitos das trabalhadoras

“Você não imagina quantas substâncias químicas são usadas por manicures em salões todos os dias”, diz Connie Nguyen, uma ex-cosmetologista que acabou desenvolvendo problemas respiratórios. “A maioria das pessoas não tem nenhum conhecimento sobre os riscos dos produtos que estão usando”.

Nos Estados Unidos, a indústria da beleza está se expandindo e salões de beleza oferecem manicure e pedicure em todos os lugares. No Brasil, essa indústria emprega centenas de milhares de profissionais. No entanto, pouca atenção tem sido dada ao impacto das exposições ocupacionais sobre a saúde das mulheres que trabalham em salões de beleza. Diariamente, em durante jornadas de trabalho extensas, profissionais de salões de beleza, a maioria em idade reprodutiva, lidam com esmaltes e outros produtos que contêm uma variedade de químicos não regulados, conhecidos por causar câncer, alergia, problemas respiratórios, danos neurológicos e reprodutivos. O Salão Colaborativo de Unhas Saudáveis da Califórnia (*California Healthy Nail Salon Collaborative*) está trabalhando para levantar essa questão, desenvolvendo as habilidades das profissionais de salões de beleza para que possam defender seus direitos e exigir produtos mais seguros, pesquisas adicionais e melhor regulamentação para o setor de embelezamento.

Quando não há alternativas, as trabalhadoras podem considerar greves ou outras ações trabalhistas organizadas por um sindicato. Não é fácil vencer um processo legal, especialmente se movidos contra grandes empresas que podem arcar com os custos processuais. Além disso, seja nos Estados Unidos ou no Brasil, é nas pequenas empresas que muitas mulheres negras e de baixa renda trabalham. Sindicatos, organizações de saúde e de segurança no trabalho e outros grupos de defesa podem ajudar você a decidir sobre a melhor estratégia para uma ação coletiva ou trabalhista.

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO: EM NOSSAS CASAS E COMUNIDADES

A proteção da nossa comunidade começa em casa. Muitos produtos que usamos no dia a dia em nossos lares oferecem riscos à nossa própria saúde e à de nossos vizinhos. Cientistas estão constantemente apresentando novos dados sobre os efeitos nocivos à saúde decorrentes do uso de produtos de limpeza, plásticos, recipientes, agrotóxicos e outros produtos domésticos. A melhor maneira de nos proteger é nos mantermos informadas.

Independentemente dos produtos que são os “mais desejados”, você sempre pode tomar precauções, como reduzir o número de produtos sintéticos, substituindo-os por limpadores caseiros (como vinagre e bicarbonato de sódio, que são seguros e mais baratos), ou comprar marcas que são conhecidas por serem sustentáveis e que usam

pouco material sintético. Simplesmente reduzir a quantidade de produtos utilizados em sua casa pode ser um grande passo para reduzir esse tipo de exposição.

Estas são algumas perguntas importantes que você pode fazer a si mesma:

- O que estou comprando, usando e estocando e como estou descartando essas coisas?
- O que há em meus móveis e tapetes?
- Há tinta com chumbo nas paredes ou amianto nos tubos de água quente?
- Como posso testar a água que consumo e quem é responsável pelo suprimento de água na minha região?
- Como posso dizer que a minha comida é segura e como e onde posso comprar comidas que são seguras?
- O que há dentro dos produtos de cuidados pessoais, inseticidas e produtos de limpeza que utilizo?
- Como posso me comunicar com o síndico para limpar alguma área do prédio?

O cuidado com o ambiente vai além de nossas casas, e não deveríamos ter que lutar contra esses riscos externos sozinhas. Por sorte, em muitos lugares não precisamos. Milhares de grupos e comunidades de base espalhados pelos Estados Unidos estão cada vez mais preocupados com as condições ambientais – desde a água poluída até aterros tóxicos – e muitas pessoas estão trabalhando juntas para garantir um ambiente mais seguro para todos. No Brasil, você pode contar com entidades autônomas, como as Sociedades Amigos do Bairro (SABs), ou com os Conselhos de Saúde, garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no local onde você mora. Procure se informar a respeito. Ativistas mais experientes recomendam algumas maneiras básicas para tomar atitudes efetivas em nossas casas e comunidades, como as que listamos abaixo:

- **Seja uma consumidora consciente:** leia os rótulos. É importante ter acesso à divulgação completa de todos os ingredientes de sua comida, incluindo o uso de hormônios de crescimento em laticínios, organismos geneticamente modificados em frutas e vegetais e uso de agrotóxicos em produtos consumidos e alimentos usados na pecuária. Esteja ciente de que algumas dessas informações dificilmente se tornam públicas, porque as empresas se valem de brechas nas regulamentações governamentais para se esquivar de divulgá-las. Descubra a procedência desses poluentes e contaminantes, em quais produtos são usados e se recuse a comprá-los. Boicotes são mais efetivos quando muitas pessoas participam e também podem ser usados para denunciar condições de trabalho precárias para os trabalhadores rurais.
- **Pesquise as condições ambientais:** obtenha informações sobre a legislação de direitos dos trabalhadores e da comunidade e também sobre direitos ambientais.
- **Descubra quem financiou uma pesquisa:** essa é uma informação importante que pode ajudar você ou sua comunidade a avaliar os dados de uma pesqui-

sa. Insista para que as informações sejam apresentadas de modo que você possa entendê-las, e não em jargões científicos. Junte-se a organizações locais que lutam contra problemas ambientais e de saúde no trabalho para aprender sobre o que está acontecendo em sua comunidade. Divulgue o que você descobrir no Facebook, no Twitter e em outras redes sociais.

- **Converse com seus vizinhos:** construa alianças em sua comunidade com vizinhos e sindicatos para tratar da exposição a poluentes e produtos tóxicos emitidos por fábricas e indústrias e da destinação de resíduos. Monitore a questão sanitária, os sintomas e as suspeitas de exposição na sua comunidade. Pesquise sobre a saúde nos locais de trabalho e na comunidade onde você vive. Esteja atenta aos padrões que aparecem em sua região, como o número de abortos, taxa de nascimentos com deficiências e incidências de cânceres. Considere usar sua própria pesquisa e dados da comunidade nas organizações de saúde, como os Conselhos Municipais do SUS, Sociedades Amigos do Bairro ou outras organizações de defesa pela saúde para que suas observações cheguem à comunidade como um todo. Identifique e entre em contato com outros grupos que estejam fazendo trabalhos semelhantes.
- **Documente seu estado de saúde:** mantenha um registro de exposições, sintomas e diagnósticos que você e outros membros da família ou colegas receberam. Verifique se os serviços de saúde que você costuma frequentar mantêm ou não um histórico médico de trabalho/ambiental preciso. Se eles não fizerem isso, solicite que o façam e peça para ver esses registros toda vez que visitar um profissional da saúde, especialmente no trabalho. Discuta com o profissional os possíveis padrões e suas preocupações com a saúde decorrentes do ambiente e do trabalho.
- **Não atue sozinha. Junte-se a outras organizações e movimentos:** não limite seus protestos às suas questões pessoais. Seus esforços se tornarão mais efetivos, justos e inspiradores se forem coletivos e não se desenvolverem às custas de pessoas em condições sociais piores que as suas.¹⁴

MULHERES MUDANDO O MUNDO E PROTEGENDO O AMBIENTE

Muitas vezes, é complicado tomar atitudes. É preciso enfrentar burocracias, aprender mais sobre química e lidar com o poder dos poluidores. Mas não é impossível. Inspire-se nestas mulheres que expuseram riscos ambientais e trabalharam para eliminá-los. Cada uma delas deixou uma grande marca no mundo.

Alice Hamilton, que viveu de 1869 até 1970, é uma das mais importantes precursoras do movimento ambiental atual. Uma das primeiras mulheres a se tornar

médica, Hamilton é considerada a fundadora do campo da saúde do trabalhador nos Estados Unidos. Ela foi residente da Hull House, casa fundada por Jane Addams, seu lar em Chicago, onde atuava com trabalhadores imigrantes que enfrentavam péssimas condições de trabalho. Seu livro *Exploring the Dangerous Trades* (Explorando negócios perigosos) revela como sua liderança ajudou as trabalhadoras e suas filhas e filhos. Ela contribuiu para a criação do sistema de compensação de trabalho, higiene ocupacional, medicina do trabalho e direitos para as trabalhadoras.

Rachel Carson, em seu livro *Primavera Silenciosa* (1962), expôs o uso generalizado de agrotóxicos nocivos ao ambiente. Sua pesquisa trouxe o assunto a público, levando os Estados Unidos a banir o DDT, além de ajudar a lançar o Movimento Ambiental Estadunidense. As iniciativas de Carson perduram até hoje entre as organizações, como o Instituto Primavera Silenciosa (silentspring.org), uma fonte excelente de notícias e estudos sobre questões de saúde ambiental e sobre as ligações entre o meio ambiente e o câncer de mama.

Lois Gibbs organizou a Associação de Moradores de Love Canal em 1978, forçando o estado de Nova York a reconhecer que o lixo tóxico havia contaminado a população das Cataratas do Niágara. Os moradores fizeram pesquisas de saúde, assinaram petições, enfrentaram policiais, bloquearam ônibus e atuaram como testemunhas em Washington até que o governo evacuou mil famílias, comprando as suas casas e criando um plano de segurança e saúde para cobrir futuros problemas de saúde. Gibbs agora lidera o Centro para Saúde, Meio Ambiente & Justiça (*Center for Health, Environment & Justice* – chej.org), organizou a campanha “*Be Safe*” para a Ação Preventiva em Apoio das Comunidades e atua como testemunha constantemente diante do Congresso sobre as questões de proteção ambiental.

Hazel Johnson, conhecida como a mãe do movimento de direito ambiental, fundou o *People for Community Recovery* (peopleforcommunityrecovery.org) em 1979, quando ficou sabendo dos altos índices de câncer no sul de Chicago entre mulheres afro-americanas. Ela documentou os problemas de saúde indo de porta em porta, testemunhando no Congresso estadunidense e ajudando a instruir e capacitar sua comunidade. Johnson morreu no início de 2011, depois de muitos anos liderando “passeios por áreas contaminadas” pelos bairros de Chicago.

Peggy Shepard, uma ex-jornalista, cofundou em 1988 a Ação Ambiental de West Harlem, atualmente o *We Act* para justiça ambiental (weact.org), uma coligação de jovens e mulheres feministas, com o objetivo de contestar a instalação de uma estação de tratamento de esgoto no bairro. O grupo ganhou um acordo considerável e

o direito de supervisionar a implantação da estação. Essa vitória também permitiu à comunidade o direito de buscar retificação de uma queixa. Depois, ela se tornou a primeira mulher a ocupar uma cadeira no Conselho Consultivo Nacional de Justiça Ambiental da Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos, e atualmente é copresidente da Rede de Justiça ambiental Northeast. Shepard e a *We Act* ainda fazem ações comunitárias, pesquisas e educação pública sobre os cuidados com a saúde e o ambiente. Ela é parceira do Centro de Cuidado de Saúde Ambiental da Universidade Columbia no projeto sobre gravidez e meio ambiente.

Patty Martin foi prefeita de uma pequena cidade no estado de Washington em 1992 quando, juntamente com a vizinhança e os agricultores, descobriu resíduos perigosos que estavam sendo misturados aos fertilizantes, causando danos à plantação, ao meio ambiente e riscos à saúde. Em 2000, depois de ser alvo do agronegócio e de perder sua campanha de reeleição, Martin fundou o *Safe Food and Fertilizer* (safefoodandfertilizer.org) e, em 2003, ela levou sua luta aos tribunais federais. Ela continuou a apoiar a saúde das comunidades de agricultores e o abastecimento de alimentos.

Sandra Steingraber (steingraber.com) se tornou uma líder inspiradora por chamar atenção para as condições ambientais que afetam a saúde reprodutiva das mulheres. Ecologista, sobrevivente de câncer e mãe, Steingraber escreveu um livro muito importante, *Living Downstream: An Ecologist's Personal Investigation of Cancer and the Environment* (Vivendo a jusante: a investigação pessoal de uma ecologista sobre o câncer e o meio ambiente), que foi adaptado para um filme. *Having Faith: An Ecologist's Journey to Motherhood* (Ter fé: a jornada de uma ecologista rumo à maternidade) discute como mães podem cuidar de suas crianças em um mundo tóxico. Seu artigo “*A Fallen Age of Puberty in U.S. Girls*” (A puberdade em colapso em garotas estadunidenses), escrito para a Fundação de Câncer de Mama, é outra contribuição importante. Em 2006, ela foi homenageada com o prêmio de melhor liderança por essa fundação por suas ações na prevenção do câncer de mama relacionado a causas ambientais.

Theo Colborn vem influenciando o modo como olhamos para a saúde reprodutiva. Ela transformou o que conhecemos sobre os disruptores endócrinos, substâncias químicas que interferem na produção e ação de nossos hormônios. Seu livro de 1997, *Nosso futuro roubado: estamos ameaçando nossa fertilidade, inteligência e sobrevivência?*, uma história de investigação científica coescrita por Dianne Dumanoski e John Peter Meyers, trouxe a problemática para a atenção do público e foi traduzida para dezoito idiomas. Ela fundou o *The Endocrine Disruption Exchange* (TEDX – endocrinedisruption.com), no qual profissionais de saúde e o público em geral podem aprender sobre os efeitos tóxicos das substâncias na saúde reprodutiva, gravidez e primeira infância.

Não é fácil combater os riscos para a saúde e o ambiente existentes em nosso trabalho, casas e bairros, nem tentar entender aquilo que desconhecemos. Entretanto, cada vez mais estamos construindo conhecimento, trabalhando com as diferenças, buscando respostas e lutando por prevenção e por medidas de precaução. Mulheres como Loretta Ross, Theo Colborn e Katsi Cook nos convidam a nos juntarmos a elas em suas lutas diárias. Não temos nada a perder com essa união, apenas a ganhar – para nós, nossas famílias e nossa comunidade.

Duas crises ambientais que inspiraram ações

Examinar os desastres ambientais e de saúde dos trabalhadores ocorridos no passado nos ajuda a entender os impactos para nossa comunidade e nos estimula a não medir esforços para proteger a saúde pública em todo o mundo. A seguir, lembramos dois casos que trazem lições preocupantes e inspiradoras.

Love Canal

A história de Love Canal, um bairro localizado nas Cataratas do Niágara, em Nova York, é um dos mais famosos casos de contaminação ambiental nos Estados Unidos. A história foi trazida à tona graças à dedicação de ativistas da comunidade, de cientistas comprometidos e jornalistas investigativos.

Ao longo das primeiras décadas do século 20, um canal já seco nas Cataratas do Niágara foi transformado em um depósito de lixo municipal e industrial, com mais de 21 mil toneladas de resíduos tóxicos enterrados em seis hectares. Ansiosa para adquirir terrenos e atender as necessidades de uma população em expansão, a cidade comprou, em 1953, o lote da Hooker Chemical, a empresa poluidora, por um dólar. Uma escola foi rapidamente construída na propriedade e, em 1957, a cidade havia construído casas para famílias de baixa renda ao lado do local. Nos anos 1970, problemas de saúde começaram a aparecer na população. Os moradores relataram alto índice de mortalidade e altas taxas de câncer.

O ativismo local foi liderado por Lois Gibbs, moradora do canal, cujo filho desenvolveu epilepsia, asma, infecções urinárias e baixa produção de glóbulos brancos. Quando ela solicitou que o filho fosse retirado da escola, a cidade recusou o pedido. A organização de Gibbs, a Associação de Moradores de Love Canal, conduziu então uma pesquisa entre as crianças da vizinhança e encontrou evidências de altas taxas de mortalidade na comunidade.

Apesar dos esforços de ativistas e das mães e pais preocupados, a Hooker Chemical e o Departamento de Saúde local continuaram a afirmar que as preocupações com a saúde não tinham relação com os resíduos enterrados. Depois de anos de reclamações, a Agência de Proteção Ambiental dos Estados

Unidos e o Departamento de Saúde do estado de Nova York começaram a tomar medidas. O Departamento de Saúde encontrou evidências de taxas anormais de abortos na área, e mulheres grávidas e crianças foram encorajadas a deixar o local.

Posteriormente, testes demonstraram que dos 248 produtos químicos encontrados no bairro, 11 eram cancerígenos. A dioxina era particularmente preocupante. Embora em geral seja medida em partes por trilhão, em Love Canal as amostras de água apresentavam níveis de dioxina em torno de bilhões – ou seja, uma concentração muito maior.

Eckardt Beck, administrador da Agência de Proteção Ambiental nos anos 1970, recorda uma visita à área: “Tambores corroídos para descarte de lixo podiam ser vistos expostos no chão dos quintais. Os moradores me mostravam as poças de substâncias nocivas. Algumas dessas poças estavam em seus quintais, algumas em seus porões, outras no terreno da escola. Em todos os lugares, o ar tinha um leve cheiro sufocante. As crianças retornavam das brincadeiras com as mãos nos rostos”.

A Agência de Proteção Ambiental chamou Love Canal de “uma das mais terríveis tragédias ambientais da história americana”. O presidente Jimmy Carter declarou estado de emergência no local em 1978, e isso desencadeou a criação de uma legislação federal – o *Superfund* – que desenvolveu algumas proteções que não existiam antes. Foram as mulheres convictas e corajosas de Love Canal que ajudaram a moldar a batalha pela proteção e pelo direito ambiental nos Estados Unidos.

Bhopal

Em dezembro de 1984, a pior catástrofe industrial do mundo aconteceu na cidade de Bhopal, na Índia, quando uma fábrica de agrotóxicos, pertencente à empresa estadunidense *Union Carbide Corporation* (UCC), teve um vazamento do gás isocianato de metila e outras toxinas, expondo mais de 500 mil pessoas da comunidade, incluindo mais de 200 mil crianças. Esse gás é empregado para produzir o agrotóxico carbaril, usado a princípio como um inseticida. As pessoas que foram expostas a ele começaram em seguida a tossir, ter ardência nos olhos, espumar pela boca, vomitar, e alguns sufocaram até a morte por causa da contração dos brônquios provocada pelo contato com as substâncias químicas. Alguns efeitos de longo prazo incluíram infecções respiratórias crônicas, cânceres e problemas reprodutivos e de parto. Estima-se que mais de 16 mil pessoas tenham morrido por causa da exposição ao gás, imediatamente após o desastre ou nos anos que se seguiram. Entre 120 e 150 mil pessoas desenvolveram doenças crônicas.

Cerca de três mil mulheres grávidas foram expostas ao vazamento do gás. A Rede de Ação contra Pesticidas (*Pesticide Action Network UK – PAN UK* – pan-uk.org) afirmou que “entre as mulheres que estavam grávidas no momento do desastre, 43% sofreram abortos. Nos anos seguintes, a taxa de abortos espontâneos continuou sendo de quatro a dez vezes maior do que a média nacional indiana. Apenas 50% de garotas pré-adolescentes que foram expostas ao gás tiveram seus ciclos menstruais normais”.

Um estudo de 2009 demonstrou que bebês que tiveram exposição intraútero durante o vazamento desenvolveram sistemas imunológicos hiperresponsivos. As mulheres grávidas também sofreram aumento das taxas de natimortos e de mortalidade infantil. Outras preocupações com a saúde reprodutiva associadas com o desastre incluem menopausa precoce, doença inflamatória pélvica (DIP), sangramento excessivo na menstruação e supressão da lactação. Filhas e filhos de mães expostas nasceram com lábio leporino, fenda palatina, paralisia cerebral e malformações de membros, mãos e pés. De acordo com o PAN UK, “apesar das persistentes demandas das organizações de mulheres sobreviventes, a saúde reprodutiva das mulheres expostas ao gás continua sendo negligenciada em termos de vigilância oficial, pesquisas e intervenção terapêutica”.

A *Union Carbide*, agora de propriedade da *Dow Chemical*, negligenciou sua responsabilidade nessa tragédia por mais de 25 anos. No entanto, uma rede internacional de cientistas apoiadores dessa causa e preocupados com a situação continuaram a exigir sua devida responsabilização. Dedicados ativistas comunitários de Bhopal, apoiados por grupos internacionais como o *Heath Care without Harm* (Cuidados com a saúde sem danos – noharm.org), criaram a Clínica de Sambhavna usando técnicas médicas ocidentais tradicionais para apoiar e recuperar a saúde da comunidade. Ao redor do mundo, os ativistas de Bhopal são exemplos de liderança e inspiração para lutar contra os poluidores e pela manutenção da saúde multigeracional.¹⁵

NOTAS

1. O documento é de livre acesso e pode ser encontrado em: https://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/ipen-intro-edc-v1_9h-pt-print.pdf.
2. Para maiores informações, visite a página da *Science & Environmental Health Network*, que traz numerosos artigos, declarações e posições governamentais no tocante ao Princípio da Precaução: sehn.org/precaution.html.
3. Em relação aos Estados Unidos, mais informações estão disponíveis em: osha.gov e [cdc](http://cdc.gov).

- gov/niosh. No Brasil, pode ser consultado o portal do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/cerests>.
4. Para mais informações sobre esses riscos complexos, visite *Toxipedia* (toxipedia.org) e a página da Rede Ambiental Indígena (ienearth.org).
 5. Para uma lista dos peixes mais contaminados, juntamente com opções mais seguras e sugestões de quanto pode ser consumido todo mês, dependendo da idade e do sexo, consulte o mapa de alertas de saúde dos frutos do mar (em inglês): edf.org/page.cfm?tagID=17694.
 6. Para saber mais, confira a página *Reducing Pesticide Exposure* no site do Departamento de Saúde de Nova York (health.state.ny.us/environmental/pests/reduce.htm) e o projeto *Environmental Risks and Breast Cancer*, da Universidade de Vassar (erbc.vassar.edu). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desenvolveu a *Cartilha sobre agrotóxicos*, que pode ser acessada no portal: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/agrotoxicos/cartilha-sobre-agrotoxicos-serie-trilhas-do-campo-1.pdf/view>.
 7. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/sustentabilidade/organicos/cadastro-nacional-produtores-organicos>.
 8. O guia está disponível em: www.foodnews.org.
 9. Mais informações em: www.panna.org.
 10. Para uma lista completa e descrição das fontes de POPs, visite o site: uspopswatch.org/global/dirty-dozen.html, ou acesse o portal do Ministério da Saúde do Brasil: <https://www.mma.gov.br/seguranca-quimica/convencao-de-estocolmo>.
 11. Visite *Safe Mama* (safemama.com) para uma lista atualizada de produtos sem BPA.
 12. A página da *Campaign for Safe Cosmetics* na internet é safecosmetics.org. Nela você também encontra um vídeo sobre a história dos cosméticos. Você também pode pesquisar produtos e ingredientes específicos no banco de dados do Grupo de Trabalho Ambiental.
 13. Mais informações podem ser encontradas na página do coletivo *SisterSong* (sistersong.net).
 14. Para uma das melhores coletâneas de ideias, recursos e estratégias sobre o assunto, visite o site *Women's Health and Environment* (Saúde da Mulher e Meio Ambiente), um projeto de vozes femininas para o mundo: womenshealthandenvironment.org.
 15. Para mais informações sobre o Apelo Médico de Bhopal, visite bhupal.org. Para mais informações sobre a coligação de estratégias internacionais e legais, entre em bhupal.net. Para ver como a UC/Dow conta sua história sobre o desastre, acesse bhupal.com.

POLÍTICAS DE SAÚDE DAS MULHERES

MULHERES SÃO mais saudáveis em lugares onde o Estado e as políticas públicas promovem o acesso igualitário ao sistema de saúde e educação, quando suas vizinhanças e locais de trabalho são seguros, quando têm rendas justas e suficientes e o poder de participar democraticamente das decisões que afetam suas vidas. Na verdade, esses indicadores de igualdade social e econômica têm uma influência significativa não apenas sobre a saúde das mulheres, mas também sobre sua longevidade.

Este capítulo fornece um breve histórico das políticas de saúde e de como elas moldam a saúde das mulheres. A primeira metade aborda a história da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das principais políticas de atenção à saúde das mulheres no Brasil, com enfoque em indicadores de saúde sexual e reprodutiva. Essa parte também trata da reforma do sistema de saúde brasileiro e da construção da perspectiva de atenção integral à saúde da mulher. A segunda metade do capítulo discute o estado de saúde das mulheres a partir de uma perspectiva global.

A CRIAÇÃO DO SUS

O Sistema Único de Saúde – o SUS – foi criado em 1988, sendo regulamentado pela Constituição Federal, bem como pela Lei nº 8.080 (Lei Orgânica do SUS) e a Lei nº 8.142, ambas de 1990. Sua criação e desenvolvimento, entretanto, se iniciou antes, já que o sistema de saúde brasileiro é bastante complexo e diferenciado de outros ao redor do mundo por incorporar conceitos e ideias que entendem a saúde como um direito de toda a população.

É importante saber que, antes do SUS, a saúde não era um direito a ser garantido de forma gratuita pelo Estado para todas e todos. Apenas pessoas com dinheiro para pagar serviços particulares tinham sua saúde garantida, e aquelas que não possuíam condições financeiras precisavam recorrer a instituições filantrópicas. Após os anos 1960, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – depois transformado em Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) –, que garantia assistência à saúde apenas para o/a trabalhador/a formal, excluindo, portanto, parcela considerável da população brasileira.

Com a criação do INAMPS, o acesso a serviços de saúde teve uma pequena melhora, mas, ainda assim, indicadores de saúde, como mortalidade infantil e materna, eram muito altos. Nessa época, o Brasil vivia um intenso e tenebroso período político, com o início da ditadura militar.

Dona Dalva da Silva, 60 anos, moradora da Vila União, na zona leste de São Paulo, relatou para as jornalistas do *Nós, Mulheres da Periferia*, um pouco sobre esse período:

Na época não tinha o SUS, só o INPS, e só tinha direito quem era registrado em uma empresa. Por isso que depois entrou o SUS, que era um atendimento universal. Isso veio depois, com a batalha dos movimentos de saúde para o atendimento ser universalizado. Aqui no Burgo [bairro da zona leste] foi essa organização que fez implantar o primeiro posto.

Nesse cenário surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, que tinha como pauta a mudança do sistema de saúde e outros ideais sobre o conceito de saúde. Resumidamente, o Movimento da Reforma Sanitária, ancorado nos pilares da Saúde Coletiva, propunha um sistema nacional de saúde, gratuito e de qualidade para toda a população brasileira, tendo como eixo fundamental um olhar ampliado de saúde. Ou seja, entendia que esta não era apenas ausência de doença, mas um direito que deveria ser olhado de maneira integral, sendo também determinada por fatores sociais, culturais e econômicos. Propunha-se, naquele momento, o rompimento com a perspectiva biológica e o avanço para uma discussão sobre condições sociais das pessoas.

Nessa época de intensa mobilização política e social, surgiu também o Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) de São Paulo, formado principalmente por mulheres donas de casa que lutavam por melhores condições e acesso a serviços de saúde. Em conjunto, esses movimentos foram fundamentais no processo de luta e de conquistas.



Figura 1 – Cena do documentário “Movimento de saúde da Zona Leste – Um povo de luta”.² Disponível no Youtube.

Mulheres que protagonizaram a luta que levou à criação do SUS

Após 30 anos, o SUS continua sendo um modelo de política pública em saúde para todo o mundo e, ao falarmos de sua criação, não podemos deixar de mencionar a atuação de um conjunto aguerrido de mulheres periféricas.

Organizadas, essas mulheres foram as responsáveis pela inauguração dos primeiros equipamentos públicos de saúde nos bairros periféricos da cidade de São Paulo.

Na zona leste de São Paulo foram criados os primeiros conselhos de saúde, que poucos anos depois se tornaram relevantes, assim como MSZL, para a concepção e construção do SUS.

Algumas mulheres tiveram papéis centrais na construção do movimento popular, a exemplo de Fermina Silva Lopes, moradora de São Miguel Paulista e integrante do MSZL, que descreve o momento em que começou a participar das mobilizações:

Eu entrei nos anos 80, mas já tinha muitas mulheres no movimento. Elas lutavam em várias frentes. A gente trabalhava essa questão social escondida dos maridos. Eles iam trabalhar, a gente pegava as crianças e ia pra luta. Desde que, quando chegasse, a comida estivesse pronta, eles jamais saberiam que a gente tinha feito alguma loucura.⁴

Dalva da Silva, que possui uma trajetória relevante na área da saúde, coloca que, a partir das reuniões organizadas pelas comunidades eclesiais de base, as mulheres passaram a se engajar na militância e em movimentos populares:

Na verdade, acho que o grande saldo de tudo isso é que todas aquelas donas de casa, que lavavam, que passavam, mudaram. Mudaram conceitos, formas de vida. Um se separaram, outras casaram, mas a gente adquiriu outra visão de mundo. Porque, além dessas lutas, dos movimentos, a gente cresceu também, começou a entender que existem dois mundos: o mundo de ricos e o de pobres.⁵

Teresa Mariano, moradora da Vila Industrial, também teve uma importante trajetória na luta pela saúde:

Em 1973, já tinha posto de puericultura, davam vacina e leite para as crianças desnutridas. Aí passou um tempo e fecharam. Ficamos sem nada. Um dia falaram: o pessoal tá montando uma comissão para ir ao Palácio do Governo pedir um posto de saúde. Aí eu fui, com a Sociedade Amigos da Vila Industrial, reivindicar a abertura do posto. Eles abriram um posto completo, com médico, enfermeira, pediatra. E a gente foi aprendendo como fazer a luta.⁶

Teresa aponta que as mulheres se engajaram na formação de conselhos de saúde, criação de postos de saúde e fiscalização da qualidade de seu atendimento:

Ter posto é uma coisa, ter qualidade é outra. A gente fazia reunião dentro do posto. Diziam que a gente era espiã. A gente fiscalizava o atendimento. A gente prezou pela qualidade do serviço.

E assim, resultado de muita luta, o SUS foi criado em 1988, juntamente com a Constituição Federal. Passamos a ter um sistema de saúde pensado a partir de lógicas não dominantes, ou seja, um sistema gratuito e de qualidade que busca entender o sujeito em toda a sua integralidade e numa perspectiva de que a saúde é mais do que ausência de doença.

O Sistema Único de Saúde é baseado em três princípios: universalidade, integralidade e equidade. O princípio da *universalidade* garante acesso e assistência a toda e qualquer pessoa em território brasileiro. O princípio da *integralidade* busca trazer uma concepção de indivíduo voltada para suas múltiplas dimensões, isto é, entendendo as necessidades de saúde de uma forma ampliada, e não apenas com foco em um “único problema”, e olhando para além da dimensão biológica do corpo, compreendendo o sujeito a partir de sua integralidade. Por fim, mas não menos importante, o princípio da *equidade* tem como pressuposto básico garantir mais assistência a quem mais precisa. Assim, fundamentado nesses princípios, o SUS é um sistema muito complexo e multifacetado, que segue algumas diretrizes de organização. Gostaríamos de chamar a atenção para outros dois pontos: o aspecto político-administrativo e a participação popular.

Quanto ao aspecto político-administrativo, o SUS é organizado seguindo uma lógica de regionalização e uma hierarquia. Cada ente federal – em nível nacional, estadual e municipal – tem deveres e obrigações específicas. O SUS é organizado e pensado dessa maneira por entender que a base do sistema de saúde deve ser o município, que é o local de maior aproximação com a população. Dessa forma, diversas ações, como campanhas de vacinação, de prevenção, promoção e educação em saúde, que acontecem diretamente nas cidades, demandam uma responsabilidade do gestor municipal de saúde, que geralmente é o secretário de saúde. Por outro lado, os níveis estadual e federal também devem articular as ações e políticas de saúde a partir da realidade de cada local. Como o Brasil é um país de dimensões continentais e apresenta muitas particularidades em suas regiões (urbanas, rurais, ribeirinhas, indígenas etc.), é preciso que cada localidade se organize da melhor forma possível, mas sempre seguindo uma diretriz norteadora.

A participação popular é outro eixo fundamental e previsto no SUS desde sua criação. Existe, inclusive, uma lei específica sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. É

nessa lei que estão regulamentadas as Conferências e os Conselhos de Saúde, que são importantes instrumentos de participação popular na elaboração, construção e efetivação de políticas de saúde.

Como vimos anteriormente, foi devido à intensa e organizada participação popular que a sociedade brasileira conquistou o SUS. É também por meio da participação popular que a fiscalização e o controle social acontecem, sendo garantida a participação da população nas Conferências e Conselhos de saúde, resumidamente explicados a seguir.

As Conferências de Saúde são os locais em que, a cada quatro anos, políticas de saúde são avaliadas, formuladas e propostas. Elas são organizadas em etapas locais, em nível municipal, estadual e nacional, contando com a participação de diversos segmentos sociais representativos do SUS (pessoas prestadoras de serviço, gestoras, trabalhadoras e usuárias).

Já os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos, espaços estratégicos para a reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde, inclusive em aspectos econômicos e financeiros. Assim como as Conferências, os Conselhos de Saúde contam com diversas representações em segmentos sociais, mas sua frequência é mais cotidiana. Geralmente as reuniões dos Conselhos acontecem com cronograma fixo, mensalmente, e as pessoas que fazem parte da representação são eleitas por pleitos.

Conforme previsto em lei, todo município deve ter um Conselho Municipal de Saúde. Se você tiver alguma dúvida ou se ficou curiosa para conhecer mais sobre essa estrutura, procure alguma pessoa representante do Conselho de Saúde do seu município ou movimentos organizados de saúde para conversar e entender mais sobre a participação popular em saúde. Participar dessas esferas de controle social, seja por meio de Conselhos ou das Conferências, é uma oportunidade de levantar e propor novas políticas públicas.

BREVE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

Historicamente, a saúde das mulheres sempre foi centrada na maternidade. Ações e programas voltados para sua saúde e bem-estar começaram a aparecer a partir dos anos 1940, mas consistiam basicamente em cuidados durante a gravidez e com bebês, atividades de educação e cuidados de higiene. Como era a principal responsável pelo cuidado das filhas e dos filhos, a mulher era o “foco” das ações e programas.

Essa visão de que a saúde das mulheres se reduzia apenas às questões maternas perdurou durante muitos anos, inclusive no final dos anos 1970, quando surgiu o

Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI). Para as mulheres pobres e periféricas, esse programa possibilitou um pouco mais de acesso aos serviços de saúde (que até então eram restritos a serviços particulares ou a trabalhadoras formais, uma vez que o SUS ainda não existia), porém, apesar de oferecer assistência ao pré-natal, a lógica de controle dos corpos era muito evidente. Nessa época, havia em todo o mundo uma preocupação extrema com o controle populacional. No entanto, essa preocupação não era voltada à escolha e autonomia das mulheres, mas vista como um problema de ordem econômica e social. Havia diferentes instituições e programas voltados para o controle populacional por meio de ações de esterilização definitiva, principalmente em regiões subdesenvolvidas. No Brasil não foi diferente, e muitas mulheres passaram pelo processo de esterilização cirúrgica, com medidas intervencionistas, desconsiderando sua opinião. Segundo pesquisas, em 1986, 44% das brasileiras em idade fértil estavam esterilizadas e, no início dos anos 1990, mais da metade (63%) das mulheres no Nordeste tinham passado pela laqueadura, enquanto na cidade de São Paulo essa taxa era de 36%.⁷

No final dos 1960, os movimentos organizados de mulheres começaram a ter mais visibilidade em diversas áreas. No campo da saúde, os movimentos feministas começaram a pautar que a saúde da mulher fosse vista para além da maternidade e a fortalecer cada vez mais a noção de que a mulher deve participar ativamente do processo de construção de políticas.

É preciso lembrar também que, nessa época, o país passava por um período de ditadura, o que tornava os processos de resistência, lutas e debates políticos cada vez mais efervescentes, inclusive no campo da saúde. Dessa forma, os movimentos organizados de mulheres começaram a ampliar o olhar sobre a saúde da mulher, visando a romper com a perspectiva materno-infantil.

Assim, em meados dos anos 1980, surgiu o importante Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou profundamente as políticas e ações de saúde voltadas para as mulheres no país. Segundo Ana Maria Costa, o PAISM tinha duas grandes vertentes: a primeira dialogava diretamente com os ideais do Movimento da Reforma Sanitária, principalmente com o fortalecimento do conceito da saúde integral, e a segunda foi desenhada a partir da influência dos movimentos feministas, sobretudo em relação às concepções políticas específicas sobre as mulheres.⁸

Uma das características marcantes do PAISM foi o reconhecimento e fortalecimento de ferramentas e ações de cunho educativo e de promoção da saúde reprodutiva. Muito embora esse termo tenha surgido somente em meados dos anos 1990 (quase dez anos após o surgimento do PAISM), proposto inicialmente na Conferência Internacional do Cairo, é inegável o pioneirismo do programa brasileiro em pensar a reprodução (e também outros aspectos da saúde da mulher) para além da perspectiva biológica.

Apesar de inovadora, a implementação do PAISM passou por dificuldades, em especial no campo da saúde reprodutiva. Com a chegada do SUS, o pouco que já estava feito acabou ficando em segundo plano, uma vez que o sistema nacional de saúde começou a ser implementado. A partir desse momento, as ações do campo da saúde da mulher passaram a fazer parte do SUS.

Apesar das dificuldades iniciais, os movimentos organizados da saúde e também os movimentos de mulheres continuaram na luta pelos direitos das mulheres, e a partir de 1995 essa articulação começou a aparecer de forma mais evidente no cenário das políticas públicas.

Em 1996 foi criada a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996), a qual regulamenta o direito ao planejamento reprodutivo e estabelece que o SUS tem a obrigação de garantir, em toda a sua rede de serviços, a orientação, a assistência e um atendimento eficaz a mulheres, homens e casais, o que inclui o acesso gratuito a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Assim, para as mulheres que não desejam engravidar, devem ser disponibilizados métodos de contracepção, e para aquelas que almejam a gestação, devem ser oferecidos métodos de concepção.⁹

Tal lei também regulamenta a esterilização voluntária de mulheres e homens, estabelecendo que tal procedimento somente será permitido nas seguintes situações:

- 1) em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;
- 2) risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.¹⁰

Vale dizer que a lei também exige, na vigência do casamento, o consentimento expresso de ambos os cônjuges. Tal previsão é alvo de diversas críticas, especialmente do movimento feminista, uma vez que fere a autonomia reprodutiva das mulheres, condicionando a realização da esterilização voluntária à autorização de seu cônjuge. Por essa razão, há uma discussão no Supremo Tribunal Federal no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.097, a qual analisa se essa previsão estaria de acordo com a Constituição Federal e, portanto, se poderia continuar vigente.

Também é determinado na lei que é vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, buscando garantir que esse procedimento não seja realizado como uma estratégia de controle demográfico e que seja, de fato, uma escolha da pessoa.

É a partir da primeira década do século 21 que são formulados alguns dos principais programas e políticas de saúde da mulher. Nos anos 2000, é lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Mesmo sendo uma importante iniciativa para melhorias na atenção ao pré-natal e ao parto, críticas feministas são levantadas porque, apesar de tanta luta desde os anos 1970, as consultas de puerpério ainda eram pouco valorizadas, indicando um certo viés materno, com foco predominante nas ações de pré-natal e parto.

Em 2003 é criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) e, a partir de 2004, há uma intensa implementação de novas políticas públicas. É lançada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), considerada um salto qualitativo e uma transformação nos fundamentos do PAISM, antes apenas um programa e agora transformado em política, alcançando, assim, maior visibilidade e reconhecimento.

O ano de 2004 também ficou conhecido como o Ano da Mulher, resultante da Lei nº 10.745/2003 e de diversas outras políticas e programas lançados no período. Aqui destacamos os seguintes:

- 2004 – Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
- 2004 – Política Nacional de Humanização, mais conhecida como HumanizaSUS
- 2005 – Atenção Humanizada ao Abortamento
- 2005 – Política Nacional de Atenção Obstétrica
- 2011 – Rede Cegonha

Esses são alguns dos exemplos de políticas e programas criados no âmbito da saúde da mulher. Antes de continuar, gostaríamos de explicar por qual motivo é tão importante ter uma política nacional e programas norteadores de ações e práticas assistenciais.

A SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL E O SUS

Devido a várias medidas, a saúde das mulheres no Brasil tem melhorado expressivamente desde o início do movimento pela saúde das mulheres no fim dos anos 1960. O acesso a contraceptivos aumentou muito nos últimos anos, sobretudo nas camadas mais pobres; a cobertura e acesso a serviços de saúde chegou a praticamente todo o país, com melhora nos índices de tratamentos preventivos e diagnósticos. Há também uma estimativa de queda de internações por aborto, e a hipótese das pesquisadoras é de que, ao longo do tempo, as mulheres aprenderam a utilizar medicação de forma mais efetiva, reduzindo a necessidade de assistência hospitalar, além do significativo aumento da cobertura do acesso à contracepção, o que pode ter diminuído o número de gestações indesejadas, reduzindo, assim, a demanda por abortos.¹¹ Porém, nossas vidas ainda são restringidas de forma desigual por raça, etnia e classe, além de gênero, orientação sexual e idade. Fatores econômicos, principalmente momentos

de crises e recessões, afetam mais gravemente as mulheres, e o problema é composto, também, pela distribuição cada vez mais desigual da riqueza.

Apesar de muitos avanços nos programas e políticas de saúde, ainda temos graves estatísticas de mortalidade infantil, problemas na saúde materna, gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis. Atos de assédio, incluindo os de violência, dificultam cada vez mais o acesso ao planejamento familiar e aos cuidados relacionados ao aborto. Embora o país conte com um sistema universal público e gratuito de saúde, muitas pessoas, sobretudo as mulheres, não têm garantia de acesso a ele.

Os direitos conquistados até o momento não são garantias estáveis e ainda há muito o que avançar. É preciso estar sempre atenta a qualquer mudança, em especial nos órgãos responsáveis pela execução de políticas públicas e pela elaboração de legislações. No Brasil, assim como em vários outros países do mundo, campanhas políticas conservadoras continuam a usar a assistência à saúde reprodutiva como um divisor, promovendo terríveis ataques combinados contra o acesso ao planejamento familiar, incluindo o aborto e a contracepção.

Nos tópicos a seguir, trataremos brevemente de pontos centrais relativos à saúde das mulheres, destacando aqueles em que ainda temos que avançar em nosso país.

DISPARIDADES NO ACESSO À SAÚDE PELAS MULHERES

Existem diferenças no estado de saúde relacionadas diretamente à raça e à etnia que não podem ser explicadas com base em características físicas ou genéticas. Essas diferenças são influenciadas principalmente por injustiças e políticas sociais e econômicas, incluindo maior exposição a toxinas ambientais, falta de acesso aos sistemas de saúde e de educação e condições precárias de moradia. O tratamento diferente por parte de pessoas prestadoras de cuidados de saúde também pode desempenhar um papel nisso. Essas diferenças são chamadas de disparidades.

Ao olhar os indicadores de saúde e cruzar diferentes características socioeconômicas, é possível perceber como operam as desigualdades sociais e os preconceitos estruturais. Assim, é importante o olhar ampliado para essas estruturas sociais que marcam nossa sociedade para fundamentar a elaboração de políticas e programas, especialmente no campo da saúde, visando a diminuir as disparidades.

Na maioria dos casos, mulheres negras têm pior saúde do que as brancas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida para a população brasileira é de 75,8 anos. Mas quando estratificada por raça, as pessoas pretas e pardas vivem em média 6 anos menos que as brancas, sendo essa diferença intensificada para homens negros em relação às mulheres brancas. Essa média camufla a desigualdade racial entre negros e brancos.¹²

Um estudo publicado em 2017, coordenado pela pesquisadora Maria do Carmo Leal, mostrou que, quando comparadas às mulheres brancas, puérperas de cor preta

possuíram maior risco de ter um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia. Puérperas de cor parda também tiveram maior risco de ter um pré-natal inadequado e ausência de acompanhante quando comparadas às brancas. As disparidades raciais identificadas no processo de atenção à gestação e ao parto evidenciam um gradiente de pior para melhor cuidado entre mulheres negras, pardas e brancas.¹³

A mortalidade materna também afeta desproporcionalmente as mulheres negras brasileiras. Mais da metade (54,1%) ocorre entre as mulheres negras de 15 a 29 anos, sendo que a chance de morrer por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao pós-parto é duas vezes maior entre as mulheres negras do que entre as brancas.¹⁴

Também existem disparidades de saúde entre mulheres e homens. Por exemplo, as mulheres têm mais probabilidade do que os homens de apresentar problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, fobias e transtorno de estresse pós-traumático. Distúrbios alimentares têm início já na infância. Segundo levantamento da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 77% das adolescentes do estado podem desenvolver distúrbios alimentares como anorexia, bulimia e compulsão por comer. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental feminina é mais afetada por seu contexto de vida, incluindo fatores socioculturais, econômicos, de infraestrutura ou ambientais. Para a OMS, uma mudança nesses fatores poderia ser uma prevenção primária dos adoecimentos psicológicos para as mulheres, o que seria o ideal.¹⁵

Mulheres também são afetadas desproporcionalmente por situações de vulnerabilidade social e econômica quando comparadas a homens, reverberando nos índices de saúde. No Brasil, o número de famílias chefiadas por mulheres aumentou de 22,9% em 1995 para 40,5% em 2015.¹⁶

É necessário destacar que famílias chefiadas por mulheres negras com filhos e sem cônjuge representavam, em 2018, 23,7% das pessoas que se encontravam em situação de extrema pobreza, enquanto o arranjo familiar de mulheres brancas com filhos e sem cônjuge representava 13,9%.

A partir de 2015, os dados mostram uma piora do quadro para todos os arranjos familiares, porém essa piora é mais significativa para famílias chefiadas por mães solo. Assim, é possível perceber que os efeitos da crise econômica e política em curso no Brasil desde 2015 não atingem a todos de forma homogênea. Pelo contrário, é mais grave para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade, especialmente aquelas que sofrem mais com o desemprego, a precarização do mercado de trabalho e os cortes nas políticas sociais.¹⁷

Dessa forma, devido à maior desvantagem enfrentada por famílias monoparentais chefiadas por mulheres negras, a dimensão racial nesse debate não pode ser desprezada. Os números mostram que discriminações de raça e gênero produzem impactos

sobrepostos, deixando as mulheres negras em situações de maior vulnerabilidade e ocupando a base da hierarquia social.¹⁸

A CRISE DO SISTEMA DE SAÚDE MATERNA

Com muita frequência, os cuidados que as mulheres recebem durante a gravidez e o parto não se baseiam nas pesquisas mais confiáveis sobre o que é seguro e eficaz. Intervenções médicas e cirurgias desnecessárias que não melhoram os resultados são utilizadas em excesso, principalmente induções eletivas de parto e cesárea, ao passo que práticas conhecidas por melhorarem os resultados maternos e infantis, assim como a satisfação materna, são subutilizadas.

No Brasil, uma em cada quatro mulheres relata passar por situações de violência durante o período de gestação, parto e puerpério, chamada de violência obstétrica. Essa situação é intensificada pelo racismo estrutural e institucional, atingindo mais mulheres negras e pardas, segundo estudos mais recentes.

Mais da metade dos nascimentos no Brasil ocorre por cesárea. Em 2018, a mortalidade materna no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

A mortalidade materna, que atinge especialmente mulheres negras e pardas e aquelas de menor poder aquisitivo, é um grande desafio a ser superado pelos nossos serviços de saúde. É um problema de saúde pública muito sério e uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer com mais frequência nos países em desenvolvimento.¹⁹

Conforme comentado anteriormente, a taxa de mortalidade materna de mulheres negras é duas vezes maior do que a de mulheres brancas, e o racismo estrutural e institucional, juntamente com o preconceito de condição socioeconômica de gestantes, são alguns dos principais fatores que contribuem para a produção de disparidades no campo da saúde.²⁰

A discriminação afeta profundamente as chances de uma mulher ser saudável. Mulheres negras têm menos probabilidade de começar a gravidez com boa saúde por uma série de razões, incluindo a falta de acesso aos serviços de atenção primária à saúde. Apesar da grande cobertura de pré-natal oferecida pelo SUS, o racismo estrutural impacta diretamente nos índices. Por exemplo: as mulheres negras, quando comparadas às mulheres brancas, têm maior chance de iniciar o pré-natal tardiamente e 41,4% delas não são alertadas sobre complicações na gravidez (em relação às brancas, esse número cai para 33,8%).²¹ As mulheres desses grupos também são mais propensas a experienciar uma pior qualidade de atendimento, discriminação ou tratamento culturalmente inadequado.

MORTALIDADE INFANTIL

Apesar da redução da mortalidade infantil em todo país, ainda persistem desigualdades entre as regiões. No período de 2017 a 2019, a taxa de mortalidade infantil

do Brasil era de 13,3 por mil nascidos vivos, enquanto nas regiões Norte e Nordeste essas taxas eram, respectivamente, de 16,9 e 15,3 por mil nascidos vivos.²²

O nascimento prematuro (antes de 37 semanas de gestação) ou muito prematuro (antes de 32 semanas) é a principal causa de morte de crianças recém-nascidas. Aquelas que sobrevivem podem sofrer consequências ao longo da vida, incluindo paralisia cerebral, cegueira e outras condições crônicas. Em comparação com as taxas de prematuridade de países europeus, a taxa brasileira é quase duas vezes maior, sendo que a maioria das crianças prematuras é considerada prematura tardia (bebês que nascem com 34 a 36 semanas de gestação). A hipótese das pesquisadoras é que esse tipo de prematuridade é causado por cesáreas agendadas sem indicação ou por avaliação incorreta da idade gestacional, ocasionando, assim, o que chamam de prematuridade iatrogênica.²³

As causas dos nascimentos prematuros parecem ser multifacetadas e resistem a intervenções médicas diretas ou de rotina. Enquanto a prematuridade espontânea está associada à vulnerabilidade social, a prematuridade iniciada por intervenção obstétrica está associada a melhores condições econômicas, que correspondem a taxas altíssimas de cesárea no setor privado (mais de 90%).²⁴ Ou seja, mulheres pobres têm maior chance de parto prematuro por vulnerabilidade, enquanto mulheres de camadas mais ricas têm chances de prematuridade devido à intervenção obstétrica.

Cerca de metade dos nascimentos prematuros resulta de trabalho de parto prematuro espontâneo, cujas causas são desconhecidas. Um terço dos nascimentos prematuros pode ser atribuído a infecções no útero da mulher, que pode não ter apresentado nenhum sintoma. Pesquisas estão sendo feitas para determinar se há uma ligação genética ou não – ou seja, se as mulheres que nasceram prematuramente têm maior probabilidade de dar à luz antes do tempo.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E EDUCAÇÃO SEXUAL

As taxas de gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST) ainda persistem como graves problemas de saúde pública no Brasil. Apesar de os números de gravidez na adolescência terem apresentado queda nos últimos anos, a média anual brasileira ainda é alta, principalmente quando comparada à média mundial e às de outros países. De acordo com dados do Ministério da Saúde, reunidos pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), são mais de 19 mil nascidos vivos por ano de mães com idade de 10 a 14 anos.²⁵

Altas taxas de gravidez na adolescência podem indicar fragilidades nos direitos e na saúde de adolescentes, uma vez que, na maioria das vezes, a gravidez não é planejada e frequentemente está relacionada a situações de abuso e violência sexual, gerando um grande problema de saúde e também de direitos humanos. Em muitos casos, também são observados casamentos informais ou uniões precoces e forçadas,

além da interrupção ou abandono escolar, produzindo impactos biológicos, psicológicos e sociais na vida de meninas e adolescentes. Geralmente, nessas situações, a gravidez precoce pode ser um fator de continuidade do ciclo intergeracional de pobreza e desigualdade, afetando desproporcionalmente meninas de famílias com menos renda, com níveis mais baixos de escolaridade e de comunidades negras, periféricas e indígenas.²⁶

No Brasil, existem diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, que buscam garantir: a integralidade no atendimento; o respeito às decisões, principalmente para a promoção da saúde; a prevenção aos agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e de violências; a prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e HIV/Aids. Essas diretrizes procuram garantir ainda a melhoria do atendimento ao crescimento e ao desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, notadamente à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e reprodutivo.²⁷

Contudo, nem sempre as políticas públicas prezam pelo fortalecimento de ações para adolescentes, principalmente no sentido de garantir autonomia e escolhas, respeitando seus direitos. Em muitos lugares do mundo, inclusive no Brasil, governos com tendências conservadoras investem em programas de educação sexual voltados para a promoção de abstinência, reduzindo ou mesmo dificultando o acesso ao uso de métodos contraceptivos e até mesmo propagando informações falsas, enganosas ou distorcidas sobre a saúde reprodutiva.

DIFICULDADES DE ACESSO AO ABORTO PREVISTO EM LEI NO BRASIL

É papel dos serviços de saúde “garantir o direito de todas as pessoas decidirem com autonomia e consentimento informado sobre os cuidados a serem realizados para uma vida sexual livre e saudável, sobre o melhor método contraceptivo, assim como sobre levar adiante ou não uma gravidez indesejada por consequência de violência sexual ou outras situações previstas por lei”²⁸ (quando não há outro meio de salvar a vida da pessoa gestante ou em casos de diagnóstico de feto anencefálico).²⁹

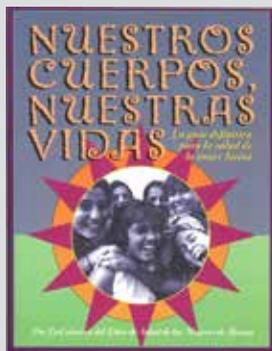
A despeito disso, não são poucas as pessoas (mulheres, adolescentes, meninas e pessoas com identidade transgênero) que evitam buscar os serviços de saúde ou que, ao procurar esses serviços, enfrentam barreiras econômicas, sociais ou culturais para uma assistência de qualidade e para acessar o aborto previsto em lei.³⁰

De acordo com dados da organização não governamental Artigo 19, atualizados pela *Revista AzMina* e pela *Gênero em Número*, em 2020, em 13 estados brasileiros e no Distrito Federal não havia qualquer serviço disponível de interrupção legal da gestação. Somente 31 cidades no país contam com serviços que realizam aborto, de forma que cada hospital deveria atender uma média de 179,7 cidades.³¹

No âmbito do Legislativo, nos últimos anos, houve crescimento no número de Projetos de Lei para restringir o acesso ao aborto, sob o argumento do direito absoluto à vida de embriões e fetos desde a concepção.³²

Diante dessa realidade, é essencial que o Estado amplie e implemente políticas públicas garantidoras do direito ao acesso ao aborto previsto em lei. Qualquer restrição ou retrocesso aos direitos das mulheres em conseguir assistência adequada à saúde representa grave violação no que se refere aos direitos humanos das mulheres, adolescentes e meninas.³³

Aborto na América Latina e no Caribe



Adaptação em espanhol de *Our Bodies, Ourselves* para a América Latina e o Caribe

A América Latina e o Caribe têm algumas das políticas de aborto mais restritivas do mundo. De acordo com Beatriz Galli,

(...) na região, apenas quatro países têm leis favoráveis à interrupção legal da gestação a pedido da mulher – Cuba, Guiana, Argentina e Uruguai – e quatro países criminalizam totalmente o aborto – El Salvador, Honduras, Nicarágua e República Dominicana. Um aspecto importante, no cenário regional, é a tendência de aumento de casos de mulheres criminalizadas pela prática do aborto, na maioria denunciadas por profissionais de saúde quando buscam assistência nos serviços de saúde para tratamento de complicações obstétricas.³⁴

Países da região que possuem as legislações mais restritivas em relação ao aborto são os mesmos que apresentam altas taxas de aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva, bem como mortes e sequelas por abortos inseguros, a exemplo do Brasil. Em contraste, países que legalizaram o procedimento de interrupção da gestação têm enfrentado desafios, como o Uruguai.

As autoras de *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*, adaptação em língua espanhola de *Our Bodies, Ourselves*, assim como as da edição brasileira *Nossos corpos por nós mesmas*, optaram por falar diretamente sobre o aborto, compreendendo-o como um fato relevante para a vida reprodutiva das mulheres e de pessoas que gestam.

Aqui falamos brevemente sobre esse assunto, mas se você quiser mais informações sobre o tema, leia o capítulo 13, Aborto.

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE

Os dados sobre a violência contra as mulheres no Brasil são alarmantes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, nosso país é o quinto que mais mata mulheres no mundo. Conforme dados do 14º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, por hora, 30 mulheres sofrem algum tipo de agressão física,³⁵ e a cada 10 minutos uma mulher é vítima de estupro.³⁶

Desde a década de 1970, o movimento feminista expõe a violência contra as mulheres como parte de um problema estrutural, cobrando a elaboração e implementação de políticas públicas que busquem o devido enfrentamento dessa questão.³⁷ Entretanto, a despeito da implantação do PAISM na década de 1980, um importante avanço no reconhecimento de direitos das mulheres no Brasil no campo da saúde, o Programa não incorporou de imediato o enfrentamento da violência em suas diretrizes. Foi apenas na década de 1990 que o movimento feminista passou a remeter à discussão da violência contra as mulheres como um problema de saúde pública.³⁸ De acordo com Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, Lilia Blima Schraiber, Heloisa Hanada e Julia Durand:

Torna-se conhecido para os profissionais de saúde o fato de que a violência contra a mulher tem alta magnitude e relevância na saúde. Sabe-se já que mulheres que vivem/viveram violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicos e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem esta experiência. As mulheres podem apresentar-se a serviços de urgência e emergência por problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual (traumas, fraturas, tentativas de suicídio, abortamentos etc.) ou recorrer a serviços de atenção primária em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência nestes casos.³⁹

Em 2008, como fruto das intensas mobilizações, e após a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006, a atenção a mulheres em situação de violência foi assumida como parte do compromisso político e estrutural do SUS.⁴⁰ Foram editadas,

então, normativas do Ministério da Saúde – tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2011), a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento (2011), a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2012) e a Norma Técnica para Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coletas e Vestígios (2015) – que destacavam que a violência contra as mulheres, sobretudo a violência doméstica e a sexual, representam um grave problema de saúde pública, de forma que a atenção integral à saúde das mulheres deve compreender o desenvolvimento de ações preventivas e de enfrentamento dessa questão.⁴¹

A incorporação do tema da violência contra as mulheres na atenção à saúde, especialmente na atenção básica, partiu do reconhecimento de que os serviços de saúde são os equipamentos sociais aos quais as mulheres têm acesso mais frequente e facilitado, uma vez que chegam até as comunidades e que geralmente são procurados durante todas as fases da vida, sendo, por isso, uma excelente oportunidade para fazer visível o tema da violência em suas repercussões para a saúde.

A despeito disso, a oferta de atendimento humanizado às mulheres que passaram por situações de violência nos serviços de saúde ainda é um desafio em todos os níveis de atenção, de forma que tanto os movimentos feministas quanto equipes profissionais de saúde comprometidas com a questão pautam de forma constante a necessidade de transformação das políticas, dos serviços e das práticas, buscando dar maior visibilidade ao enfrentamento da violência contra as mulheres no campo da saúde.⁴²

Como falamos aqui de forma muito breve sobre um tema complexo, caso queira saber mais sobre o assunto, você pode ler o capítulo 25, “Violência contra as mulheres no Brasil”.

SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Apesar de o SUS ter cobertura gratuita em todo o território nacional, principalmente por meio de ações e oferta de serviços na atenção primária à saúde, visando à promoção desta, muitas brasileiras e brasileiros também optam por serviços de saúde suplementares, seja com o pagamento de serviços particulares ou de convênios.

Em 2019, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 28,5% dos residentes no país possuíam algum plano de saúde médico ou odontológico, totalizando 59,7 milhões de pessoas. Segundo esse mesmo estudo, 45,4% dos usuários dos planos de saúde tinham planos pagos parcial ou integralmente pelo empregador, ou seja, tinham acesso a esse tipo de serviço por meio de um contrato de trabalho. No entanto, não existe nenhuma lei que exija que os empregadores forneçam essa cobertura. As seguradoras privadas

podem ganhar dinheiro com grandes grupos, nos quais as despesas são um tanto previsíveis, e ainda mais com grandes grupos de pessoas saudáveis.

No Brasil, os planos de saúde são regulados e fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), composta por operadoras, profissionais e pessoas beneficiárias. Mesmo tendo acesso ao seguro de saúde (por meio de convênios ou pagamento particular), a cidadã ou cidadão não perde o direito de atendimento pelo SUS. Maiores informações podem ser obtidas no site: gov.br/ans/pt-br.

O acesso ao plano de saúde — ou a falta dele — tem um impacto muito real na saúde e na qualidade de vida. Mesmo com a disponibilidade do SUS, quando comparadas às mulheres de alta renda, mulheres de baixa renda têm maior probabilidade de relatar problemas para conseguir cuidados de saúde, tais como não consultar uma pessoa especialista quando necessário ou não seguir uma recomendação de exame médico, tratamento ou consulta de acompanhamento.

Por que o Coletivo Feminista apoia o SUS?

Sistemas únicos de saúde, como o SUS, são financiados pelo setor público, em vez de serem administrados por planos de saúde privados, e sua cobertura abrange toda a população, sem distinção. Um único pagador — o governo — substitui os muitos planos de saúde privados que, atualmente, desperdiçam bilhões em administração. Mais importante ainda: isso dá ao governo autoridade para negociar preços com empresas farmacêuticas, hospitais e outros prestadores de serviços de saúde, o que é uma solução para controlar os custos ao mesmo tempo que se protegem os benefícios.

O Coletivo Feminista apoia as propostas de sistema único, que continua a ser o único plano que inclui explicitamente os serviços de saúde reprodutiva das mulheres, incluindo o aborto. Acreditamos que esses sistemas únicos de saúde responderiam às necessidades das mulheres e melhorariam a nossa saúde. Sem o SUS, muitas brasileiras e brasileiros não teriam acesso aos serviços de saúde. Outras vantagens específicas oferecidas por esse sistema único estão listadas a seguir:

- **Maior e melhor acesso à saúde:** sistemas únicos de saúde buscam solucionar os problemas de saúde enquanto ainda não são tão graves, em lugares como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou as Unidades de Saúde da Família (USF), que são as portas de entrada presentes em todo o território nacional.
- **Melhoras no tratamento de doenças crônicas:** mulheres utilizam serviços especializados em doenças crônicas mais do que homens. O SUS atualmente é responsável por mais de 75% de todos os gastos com serviços de saúde, dos quais as mulheres se beneficiam substancialmente, com formas mais eficazes e eficientes de lidar com doenças crônicas graves.

- **Redução dos níveis de assistência abaixo do padrão:** mulheres desempregadas e com limitações funcionais que as excluem do mercado e de planos de saúde privados recebem assistência médica e de saúde da mesma forma que as outras mulheres.
- **Acesso a medicamentos gratuitos:** no Brasil, o SUS também é responsável por oferecer medicamentos gratuitos para hipertensão (pressão alta), diabetes e asma, Aids e Alzheimer, além de medicamentos com até 90% de desconto. Métodos contraceptivos também são ofertados gratuitamente: preservativos, anticoncepcionais orais, DIU, laqueadura e vasectomia.
- **Vacinação:** o Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas à população. Disponibiliza mais de 300 milhões de doses anuais, que garantem proteção contra diversas doenças, entre elas hepatite B, poliomielite, febre amarela, sarampo, caxumba, rubéola, difteria, tétano e coqueluche, além da influenza e, agora, da Covid-19. As vacinas atendem a diferentes faixas etárias: crianças, adolescentes, pessoas adultas e idosas.
- **Outros serviços:** é comum pensar que quem tem plano de saúde não utiliza o SUS, mas isso não é verdade. Todas as brasileiras e brasileiros usam o SUS por meio de ações da Vigilância Sanitária (controle da qualidade da água potável, fiscalização de alimentos nos supermercados, lanchonetes e restaurantes), da Vigilância Sanitária de Zoonoses (imunização de animais, castração, controle de pragas, prevenção e controle de doenças de animais urbanos e rurais, entre outros) e da Vigilância Epidemiológica (responsável pelo monitoramento de doenças). Os Bancos de Sangue, Bancos de Leite Humano, transplantes e doações de órgãos também são de responsabilidade do SUS.

NOTAS

1. Lívia Lima e Jéssica Moreira, “Zona Leste: o berço do SUS”. *Nós, Mulheres da Periferia*, 23 de março de 2020. Disponível em: <https://nosmulheresdaperiferia.com.br/zona-leste-o-berco-do-sus/>
2. O documentário está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Zeo-Gl2SHjs>
3. Lívia Lima e Jéssica Moreira, “Zona Leste: o berço do SUS”. *Nós, Mulheres da Periferia*, 23 de março de 2020.
4. Lívia Lima, “Conheça 3 mulheres da Zona Leste que ajudaram a criar o SUS”. *UOL*, 4 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/05/04/conheca-3-mulheres-mulheres-da-zona-leste-de-sp-que-ajudaram-a-criar-o-sus.html>
5. *Ibidem*.

6. Ibidem.
7. Elza Berquó, “Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar”. *Revista Estudos feministas*, vol. 1, n. 2, 1993. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/923_511_brasilumcasoexemplarelzaberquo.PDF
8. Ana Maria Costa. “Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>
9. Presidência da República, *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Foi aprovado um novo texto que altera alguns pontos da Lei de Planejamento Familiar, no entanto, no momento do fechamento deste capítulo, ainda não havia sido sancionado. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/08/10/aprovado-projeto-que-facilita-acesso-a-metodos-contraceptivos-texto-vai-a-sancao>
10. Ibidem.
11. Maria do Carmo Leal *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
12. Instituto de Longevidade, “Desigualdade racial impacta no envelhecimento de negros”, 20 de novembro de 2018. Disponível em: <http://longevidade.ind.br/noticia/e-preciso-mais-produtividade-para-suportar-o-envelhecimento/>
13. Maria do Carmo Leal, Silvana G. N. da Gama, Ana Paula E. Pereira, Vanessa E. Pacheco, Cleber N. do Carmo e Ricardo V. Santos, “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 33 (suppl. 1), 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt>
14. Débora Brito, “Maioria de mortes maternas no país ocorre entre mulheres negras jovens”. *Agência Brasil*, 29 de maio de 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.etc.com.br/saude/noticia/2018-05/maioria-de-mortes-maternas-no-pais-ocorre-entre-mulhere-negras-jovens>
15. Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e a Adolescência (INPD), “Mulheres têm 40% mais chances de sofrer transtornos mentais”, 26 de janeiro de 2021. Disponível em: <http://inpd.org.br/?noticias=mulheres-tem-40-mais-chances-de-sofrer-transtornos-mentais>
16. Observatório das Desigualdades, “Pobreza, substantivo feminino”, Boletim N. 8, abril de 2020. Disponível em: <http://observatoriodesigualdades.fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-8.pdf>
17. Ibidem.
18. Idem.
19. “Mortalidade Materna no Brasil”, *Boletim Epidemiológico* n. 20, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>. Com a pandemia da

- Covid-19, a taxa de mortalidade materna teve um extremo aumento, mostrando ainda mais a fragilidade do sistema obstétrico brasileiro.
20. Lola Ferreira, “Mães mortas: onde falha o sistema de saúde que negligencia a vida das mulheres negras”. *Gênero e Número*, 11 de setembro de 2018. Disponível em: <https://www.generonumero.media/racismo-mortalidade-materna/#:~:text=A%20pesquisa%20tamb%C3%A9m%20apontou%20que,7%25%20das%20brancas%2C%20idem>
 21. Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz, “Nascer no Brasil – inquérito nacional sobre parto e nascimento”, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
 22. *Boletim epidemiológico* n. 52, Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/18/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf
 23. Fiocruz, “Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa”, 7 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>
 24. Maria do Carmo Leal *et al.*, “Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, pp. 1915-1928, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
 25. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), “Apesar da redução dos índices de gravidez na adolescência, Brasil tem cerca de 19 mil nascimentos, ao ano, de mães entre 10 a 14 anos”, 23 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/apesar-da-redu%C3%A7%C3%A3o-dos-%C3%ADndices-de-gravidez-na-adolesc%C3%Aancia-brasil-tem-cerca-de-19-mil>
 26. Idem.
 27. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
 28. Essas informações podem ser encontradas na cartilha *Nós acolhemos – Saúde sexual e reprodutiva: informar é cuidar*, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1yESkt3tQCNxHP-5cVhTRKySM3ThAecpEs/view>
 29. Em 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal, passou a ser permitida também a interrupção da gravidez em decorrência de gravidez de feto anencefálico.
 30. Informações disponíveis na cartilha *Nós acolhemos – Saúde sexual e reprodutiva: informar é cuidar*.
 31. Leticia Ferreira e Vitória Régia da Silva, “Só 55% dos hospitais que faziam aborto legal seguem atendendo na pandemia”, *Revista AzMina*, 20 de junho de 2020. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/so-55-dos-hospitais-que-faziam-aborto-legal-seguem-atendendo-na-pandemia/>
 32. Beatriz Galli, “Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 13, 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1012/desafios->

- e--oportunidades-para-o-acesso-ao-aborto-legal-e-seguro-na--america-latina-a-partir-dos-cenarios-do-brasil-da-argen-tina-e-do-uruguai#C7
33. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM/SP), “O acesso ao aborto previsto em lei no Estado de São Paulo”, 2021. Disponível em: <https://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2021/10/Relatorio-NUDEM-Aborto-Legal-2021.pdf>
 34. Beatriz Galli, “Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai”, 2019.
 35. Agência Patrícia Galvão, “Por dia, 729 casos de lesão corporal dolosa são enquadrados na Lei Maria da Penha”. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-em-dados/por-dia-729-casos-de-lesao-corporal-dolosa-sao-enquadrados-na-lei-maria-da-penha/>
 36. Agência Patrícia Galvão, “Um estupro a cada 8 minutos é registrado no Brasil”. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-em-dados/1-estupro-a-cada-8-minutos-e-registrado-no-brasil/>
 37. Maria Fernanda Terra, “Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde”. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Medicina Preventiva. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01082017-092540/publico/MariaFernandaTerra.pdf>
 38. Ana Flávia P. L. D’Oliveira e Lília Blima Schraiber “Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde”. *Interface*, vol. 5, n. 3, 1999.
 39. Ana Flávia P. L. D’Oliveira, Lília Blima Schraiber, Heloisa Hanada e Julia Durand, “Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, ago. de 2009.
 40. Maria Fernanda Terra, “Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde”, 2017.
 41. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM/SP), “O acesso ao aborto previsto em lei no Estado de São Paulo”, 2021.
 42. A. de Oliveira, “A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde”. *Saúde e Sociedade*, v. 9, n. 1-2, p. 3-15, dez. de 2000.
 43. Alana Gandra, “IBGE: 59,7 milhões de pessoas tinham plano de saúde em 2019”. *Agência Brasil*, 4 de setembro de 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/pesquisa-diz-que-597-milhoes-de-pessoas-tinham-plano-de-saude-em-2019>

ATIVISMO NO SÉCULO 21

EM 2010, Dilma Rousseff se candidatou à presidência da república pelo Partido dos Trabalhadores. Durante sua campanha, ela sofreu pressão de setores religiosos conservadores sobre o tema do aborto. Esses setores estavam muito fortalecidos no cenário político nacional e foram capazes de dar as cartas no debate público sobre a questão, pressionando Dilma e outros candidatos a se posicionarem contrariamente à legalização do aborto no país. Além disso, antes e depois de sua eleição, Dilma foi alvo de diversos comentários depreciativos nas grandes mídias, que usavam de preconceitos sexistas para questionar sua competência e autoridade.

Motivadas por esse cenário, um grupo de blogueiras se reuniu para dialogar sobre formas de se contrapor aos discursos conservadores e machistas na esfera pública e fundou, ainda em 2010, o site Blogueiras Feministas (blogueirasfeministas.com). Em 2012, um conjunto de mulheres negras realizou a Blogagem Coletiva da Mulher Negra para promover textos sobre a relação entre as celebrações do 20 de novembro (dia nacional da consciência negra) e as do 25 de novembro (dia internacional de combate à violência contra as mulheres). O projeto deu origem ao site Blogueiras Negras (blogueirasnegras.org). Em mais de dez anos de atuação, os dois sites se tornaram um marco no ativismo feminista contemporâneo. Reunindo juntos cerca de 2.300 blogueiras e publicando regularmente textos sobre assuntos diversos, como saúde, negritude, sexualidade, racismo e trabalho, eles influenciaram gerações de feministas que encontram na internet um meio importante de aprendizado e mobilização coletivos.

Com o avanço da tecnologia e das plataformas de redes sociais, ficou muito mais fácil encontrar e construir comunidades e fazer com que nossas vozes sejam ouvidas. Hoje em dia, qualquer pessoa com um celular ou acesso à internet pode compartilhar informações, gerar conscientização e chamar a atenção de agentes políticos ou de outros grupos que tenham interesse nos mesmos assuntos e estejam dispostos a investir tempo e recursos. Mesmo que as formas mais tradicionais de protesto (como ir à rua ou promover boicotes) ainda sejam meios necessários e eficazes de conseguir atenção e apoio para algumas causas, a internet e as redes sociais têm transformado não só a forma como nos organizamos, mas também como pensamos a organização e o próprio significado de ativismo.

A possibilidade de uma só voz fazer a diferença nunca foi tão grande e, muitas vezes, campanhas de grande alcance são, de fato, iniciadas por uma única pessoa disposta a tomar as atitudes necessárias. Na atualidade, esse movimento pode começar com blogs, posts no Facebook ou Instagram que buscam a conscientização ou tweets denunciando alguma injustiça que pode estar acontecendo neste exato momento. O que começa como um pequeno grupo de vozes unidas por um objetivo ou queixa em comum pode progredir para uma organização aberta e bem coordenada.

Um exemplo do uso das ferramentas tecnológicas mais recentes para fazer a diferença é a campanha “Chega de Fiu Fiu” (thinkolga.com/projetos/chega-de-fiu-fiu/), criada em 2013 para combater o assédio sexual em espaços públicos. Idealizada por uma jornalista, a campanha foi recusada por grandes revistas femininas com a justificativa de ser “muito politicamente correta”. Ela passou, então, a denunciar casos de cantada de rua em seu blog, o que acabou gerando uma grande mobilização de mulheres nas redes sociais. A campanha deu origem a um estudo pioneiro, em que mais de 99% das participantes afirmaram ter sido assediadas, a um mapa colaborativo, em que mulheres de todo o país podiam registrar lugar e hora em que sofreram assédio, e a um documentário. O blog se tornou uma organização de inovação social, a *Think Olga* (thinkolga.com), que utiliza tecnologias de comunicação e educação para melhorar as vidas das mulheres.

Hoje também temos acesso a informações e a diferentes pontos de vista em um nível sem precedentes. Políticos, grupos de ativistas e os meios de comunicação nos mantêm constantemente informadas via redes sociais e outras ferramentas de comunicação. Plataformas como Portal Geledés (geledes.org.br), Criola (criola.org.br), Católicas Pelo Direito de Decidir (catolicas.org.br), Observatório de Sexualidade e Política (sxpolitics.org/ptbr), Coletivo Margarida Alves (coletivomargaridaalves.org), Universidade Livre Feminista (feminismo.org.br), Nós Mulheres da Periferia (nosmulheresdaperiferia.com.br), Não me Kahlo (naomekahlo.com), Revista AzMina (azmina.com.br), Agência Patrícia Galvão (agenciapatriciagalvao.org.br), Revista Capitolina (www.revistacapitolina.com.br), Portal Catarinas (catarinas.info), Jout Jout Prazer (youtube.com/c/joutjout/featured) e Escreva Lola Escreva (escrevalolaescreva.blogspot.com) são mais do que sites para visitar em busca de notícias sobre ativismo. São comunidades feministas em que as leitoras compartilham experiências, se comparam e desafiam umas às outras.

Por meio das redes sociais, mais mulheres e adolescentes estão se expressando e se posicionando. Por meio do uso de hashtags, muitas campanhas viralizaram nas plataformas digitais. Em 2014, a hashtag #EuNãoMereçoSerEstuprada foi replicada por milhares de pessoas em reação aos resultados de uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), segundo a qual 65% de quatro mil brasileiros

concordavam com a afirmação “Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas”. No mesmo ano, outra hashtag, #MeuPrimeiroAssédio, reuniu relatos sobre assédio na infância depois que uma participante do programa televisivo “Master Chef Jr.” foi alvo de comentários pedófilos. Ela inspirou, em 2015, a campanha #MeuAmigoSecreto, que denunciou atitudes machistas por parte de chefes, professores e amigos. Tais campanhas se baseiam em relatos e imagens por meio das quais pessoas comuns e conhecidas compartilham suas experiências pessoais de violência e opressão, ao mesmo tempo que evidenciam que esse tipo de ocorrência é um problema social amplo que necessita de soluções coletivas.

Nesta nova era, a grande mídia tradicional está sendo substituída por uma rede descentralizada de jornalistas-cidadãs digitalmente letradas. A organização acontece independentemente das fronteiras geográficas, e as histórias têm o potencial para alcançar grandes públicos rapidamente. Por outro lado, as comunidades nunca estiveram tão difusas, e se destacar entre tantas outras vozes pode ser difícil; além disso, petições on-line e outras formas de protesto viral são, às vezes, descartadas como “ativismo de sofá” ineficaz. Ademais, o acesso a novas tecnologias não é universal; existe uma divisão digital entre as pessoas adeptas das mídias digitais e aquelas que não têm acesso às ferramentas necessárias ou que não possuem o conhecimento e as habilidades para serem criadoras ou consumidoras de conteúdos digitais. Passar algumas horas por semana num laboratório de informática da escola não é a mesma coisa que ter um laptop ou um tablet na mochila.

Embora as redes sociais e as mídias digitais tenham se tornado, sem dúvida, catalisadores importantes para a mudança ao fornecer novos e eficazes meios de expressão, precisamos trabalhar para aumentar o acesso a elas, para que todas nós tenhamos as ferramentas necessárias para contar nossas histórias.

FAZENDO COM QUE NOSSAS VOZES SEJAM OUVIDAS

A FORÇA EM NÚMEROS

O impulso do ativismo geralmente vem quando algo afeta a nós mesmas ou a alguém que conhecemos. Podemos ser motivadas por um problema de saúde ou por injustiças em nossos bairros e escolas. Uma amiga ou familiar pode nos alertar sobre questões que nos preocupam profundamente e querer trabalhar para melhorá-las.

Não são necessárias especialistas ou muito dinheiro para se organizar. O que é necessário é um grupo comprometido de pessoas dispostas a investir tempo e energia para trabalhar juntas visando a um objetivo comum. A internet e as tecnologias facilitaram o compartilhamento de informações e o envolvimento em causas importantes para pessoas de origens diversas.

Trazer mudanças em um nível mais amplo requer muitas vozes. Depois de termos dado alguns passos sozinhas, podemos querer nos envolver com grupos que trabalham com alguma pauta ou criar o nosso próprio grupo. Aqui vão algumas perguntas para esses grupos considerarem nas fases iniciais da organização:

- Conseguimos definir claramente a nossa pauta?
- O que nós já sabemos sobre o assunto? O que nós não sabemos? Quais pesquisas já foram feitas e por quem?
- Qual será o escopo do nosso trabalho? Temos pessoas suficientes para gerir o trabalho que queremos fazer?
- Quais ferramentas de comunicação on-line/off-line vamos usar para espalhar a nossa mensagem? Quais ferramentas de comunicação são utilizadas pelas pessoas mais afetadas por essa questão?
- Já existem organizações ou indivíduos que trabalham com esse problema? Se sim, como podemos trabalhar juntas?
- Quantas pessoas são afetadas? Elas estão envolvidas em tentativas para criar soluções?
- Quem é a oposição? Como ela é apoiada e financiada?
- Quais abordagens do problema estamos considerando? Que recursos são necessários para realizá-las? Onde vamos conseguir os recursos necessários?
- Como o nosso grupo será organizado? Quais serão as normas do nosso grupo sobre inclusão, diversidade, tomada de decisões e logística?

As respostas para essas perguntas irão ajudá-la a criar uma infraestrutura de apoio e a trabalhar para formular um plano de ação para o grupo. Pense em objetivos específicos e considere quais ferramentas e recursos você precisa para realizar cada um deles. Lembre-se de focar em contar as histórias das pessoas, o que ajuda a personalizar a pauta.

Não presuma que todo mundo vai ficar sabendo de um evento se você postá-lo no Facebook ou em outra rede social. Pense em quem você está tentando alcançar e adapte sua mensagem e seus meios de comunicação de acordo com isso.

No nosso grupo, pouquíssimas tinham experiência em falar em público ou com a mídia. Então, dedicamos algumas reuniões para simulação, para praticar a fala diante de um grupo e para aprender a dizer as coisas mais importantes no menor tempo possível. Também praticamos como dizer o que queríamos que as pessoas ouvissem, mesmo quando isso não tivesse relação com a pergunta feita por um entrevistador. Essas práticas são uma ótima maneira de combater a timidez e o medo do palco.

Fontes recomendadas: ferramentas para ativistas

A ONG Criola (criola.org.br) dissemina conhecimentos e ferramentas para o cuidado e proteção de mulheres negras cis e trans defensoras de direitos humanos, incluindo a adoção de uma cultura de segurança. Uma das ações em curso é o projeto “Fortalecimento de Redes de Cuidado e Proteção entre Mulheres Negras Ativistas”, que tem como objetivo fortalecer a rede de ativistas negras por meio de articulações locais e regionais para a proteção de direitos das defensoras de direitos humanos.

A Escola de Ativismo (escoladeativismo.org.br/biblioteca/) fortalece grupos ativistas por meio de processos de aprendizagem em estratégias e técnicas de ações não violentas e criativas, campanhas, comunicação, mobilização e segurança da informação.

A MariaLab (marialab.org) promove debates sobre construção de redes comunitárias, tecnologias feministas e enfrentamento da violência on-line baseada em gênero e raça. Produz materiais didáticos em diversos formatos para disseminar informações sobre tecnologias para mulheres, pessoas transgênero e não binárias.

A *Minas Programam* (minasprogramam.com) oferece oportunidades de aprendizado sobre programação para meninas e mulheres, em especial negras, que querem aprender a programar, realizando cursos de introdução à programação, oficinas, treinamentos e debates.

A *Women Help Women* (womenhelp.org) publicou um manual de defesa feminista no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Security in-a-Box (securityinabox.org/pt/) é um guia de segurança digital para ativistas e pessoas defensoras dos direitos humanos no mundo inteiro.

A Universidade Livre Feminista (feminismo.org.br) desenvolve diversos materiais sobre segurança na internet e autocuidado para ativistas feministas.

ESPALHE A SUA MENSAGEM

Precisa de ajuda para fazer sua voz ser ouvida? Estes grupos trabalham com indivíduos e organizações, ajudando-os a contar suas histórias e a desenvolver conhecimentos de mídia:

- A Agência Patrícia Galvão (agenciapatriciagalvao.org.br) realiza Oficinas de Mídia para sensibilizar ativistas, lideranças sociais e especialistas a disputar espaço e significados nos meios de comunicação. As oficinas oferecem aportes para uma performance mais qualificada nas diferentes situações de entrevistas, debates e outros tipos de intervenção nos veículos. Em 2007, como resultado dessas oficinas, foi editado o livro *Comunicação e mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços*

de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (agenciapatriciagalvao.org.br/memoria-de-acoes-e-projetos/).

- A Escola de Ativismo (escoladeativismo.org.br/biblioteca/) produz materiais de comunicação para ativistas, como guias sobre assessoria de imprensa, programação visual, estratégias de campanhas e como falar com a imprensa.

Alguns recursos em inglês são:

- O *OpEd Project* (opedproject.org) é um projeto que treina especialistas em todas as áreas para emitirem suas opiniões para os principais veículos de comunicação existentes. O OpEd Project trabalha com universidades, ONGs, organizações voltadas para as mulheres e líderes comunitárias e oferece seminários abertos ao público em grandes cidades, disponibilizando bolsas de estudo.
- O *Women's Media Center* (womensmediacenter.org) visa a dar visibilidade e poder às mulheres nos meios de comunicação. Além de oferecer oficinas de treinamento de mídia ao público, permite que as mulheres se candidatem ao *Progressive Women's Voices Project*, um programa totalmente gratuito que as treina para se posicionarem como líderes de pensamento/especialistas em suas áreas, para passarem mensagens fortes na mídia e para se prepararem para entrevistas em programas de TV ou de rádio, tanto amigáveis quanto hostis.
- A *Barefoot Workshops* (barefootworkshops.org) é uma organização sem fins lucrativos com sede em Nova York que ensina indivíduos e organizações a usar vídeos, novas mídias e artes cênicas e visuais para que transformem suas comunidades e a si mesmas.
- *Get Noticed! How to Publicize Your Book or Film* (aidandabet.org/resources/get-noticed) é um guia faça-você-mesma para fomentar um projeto. Escrito por Jen Angel, Matt Dineen e Justine Johnson, esse livretinho de mais de 50 páginas inclui tudo, desde escrever materiais para a imprensa até como usar as redes sociais e apresentar histórias para repórteres em meios de comunicação estabelecidos ou independentes.

SUA PRESENÇA É INDISPENSÁVEL

Para as ativistas da MariaLab, produzir “redes e tecnologias autônomas” é resistir à vigilância massiva das comunicações realizada por Estados e grandes corporações. Sob o olhar feminista, significa resistir a um sistema de informação que se constituiu em um espaço patriarcal, masculinizado e sob o controle do Norte Global, estando as mulheres (mais ainda as do Sul Global) invisibilizadas ou até mesmo excluídas. “Acreditamos que a tecnologia é política e ambas podem ser feministas”, dizem as ativistas da MariaLab. “Nosso trabalho nasceu do desejo de tornar os espaços de tecnologia mais plurais, envolvendo mais mulheres e pessoas trans”.

Todas nós sabemos que podemos disseminar informações sobre as coisas com que nos preocupamos, mas as redes sociais são muito mais do que uma ferramenta de transmissão para as massas. É onde pessoas e organizações estão se unindo cada vez mais para ouvir umas às outras: um ato bastante transformador na era da sobrecarga de informações.

O que vemos nas redes sociais quando entramos nelas são pequenos atos de narrativa radical que, compilados ao longo do tempo, pintam um quadro da vida de uma pessoa. Por meio desse retrato, podemos influenciar as estruturas de poder que nos rodeiam: as normas culturais pelas quais agimos; as leis que nos regem; as perspectivas de vida que temos baseadas no nosso gênero, raça, classe, sexualidade, habilidades etc.

Quando compartilhamos e escutamos, uma coisa mágica acontece em nossos cérebros: começamos a confiar mais uma na outra. E, uma vez que começamos a fazer isso, começamos a sentir mais empatia, que é fundamental para qualquer tipo de movimento de mudança social; é o oposto da apatia.

A confiança que criamos entre nós nas redes sociais é o que alimenta a resposta empática que temos umas para com as outras, mesmo que não nos conheçamos muito bem. Essa empatia criada por meio da confiança é o que nos distanciará do isolamento ainda tão comum em um século com tanto foco na comunicação de massa. A segmentação demográfica silencia e separa as pessoas; essas tecnologias são todas sobre conexão, engajamento, compartilhamento.

Sua presença é indispensável nesse trabalho: precisamos de você no espaço social virtual. Mudanças não acontecerão sozinhas. É preciso que você apareça e participe para que elas possam acontecer. A tecnologia não vai resolver os nossos problemas: nós mesmas é que vamos resolvê-los, trabalhando juntas.

Vale a pena conferir

A Anis – Instituto de Bioética (anis.org.br) faz atividades de pesquisa social para falar de temas sensíveis e produzir dados confiáveis sobre violações de direitos humanos. A organização produziu diversos documentários sobre aborto, zika vírus, encarceramento de mulheres, a vida em manicômios judiciais, acolhimento de dependentes de drogas, entre outros. Os filmes narram as histórias de pessoas reais e suas experiências com esses assuntos. É um excelente acervo para debates entre professores, estudantes e ativistas.

ORGANIZAR PARA MUDAR: SAÚDE E JUSTIÇA REPRODUTIVA

Nos últimos anos, mulheres negras e suas aliadas organizaram um movimento por justiça reprodutiva que analisa como as questões de raça e classe afetam a capacidade

das mulheres de exercer seus direitos reprodutivos. Esse movimento dinâmico está crescendo e, hoje em dia, muitas organizações e redes vêm querendo participar dele. Nos Estados Unidos, a maior delas é a *SisterSong*, uma rede de oitenta organizações locais, regionais e nacionais (e muitas outras organizações afiliadas). A *SisterSong* define a justiça reprodutiva como “o direito humano de se manter a autonomia corporal pessoal, de ter filhos e de não ter filhos e de educar os filhos que temos em comunidades seguras e sustentáveis”.

No Brasil, Criola, uma organização de referência na luta pelos direitos de mulheres negras, vem desenvolvendo um grande projeto sobre justiça reprodutiva. Seu dossiê “Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva”, com dados de 2020 e 2021, aponta que óbitos por aborto atingem 45,21% de mulheres negras contra 17,81% de mulheres brancas. “Os índices apresentam que essas mulheres [negras] têm a vida atravessada pela fome e insegurança alimentar, falta de saneamento, trabalho e renda. Além disso, têm acesso precário à saúde e educação e estão mais expostas às violências e à violação de direitos por parte do Estado. É nesse contexto que as mulheres exercem suas escolhas no campo da reprodução. Por isso, Justiça Reprodutiva significa pensarmos os direitos reprodutivos relacionados à justiça social”, explica Lúcia Xavier, coordenadora geral de Criola. Além do dossiê, a organização vem fortalecendo ações em rede e lançou também a série de podcasts chamada #VozesdeCriola, realizada pelas participantes do projeto “Vozes de Mulheres Negras pelo Aborto: Justiça Sexual e Justiça Reprodutiva no Brasil”.

O movimento de justiça reprodutiva promove uma compreensão mais ampla dos direitos e da saúde das mulheres, colocando o aborto em uma perspectiva que inclui saúde materna e infantil, justiça na economia, igualdade racial e o fim da violência contra as mulheres. Existem três pontos principais que podem ser usados para abordar a opressão reprodutiva: direitos reprodutivos (estruturas legais), saúde reprodutiva (prestação de serviços) e justiça reprodutiva (construção do movimento). Organizações e indivíduos estão trabalhando para fortalecer cada um desses pilares e, ao fazer isso, estão aprimorando o acesso para todas as mulheres.

O coletivo *Sistersong* de justiça reprodutiva para mulheres de cor
www.sistersong.net

Em 2010, o poder legislativo do estado da Geórgia, nos Estados Unidos, aprovou um projeto de lei que visava a limitar o acesso aos serviços reprodutivos. A nova reviravolta: o projeto de lei falsamente proclamou que mulheres negras e latino-descendentes estavam sendo alvo dos profissionais de saúde que realizam abortos. No verão de 2010, os chamados “atos pela liberdade pró-vida” se apropriaram de importantes legados dos direitos civis a fim de

tentar negar às mulheres negras o acesso à escolha reprodutiva. Isso ocorreu logo depois de uma propaganda antiaborto controversa ser exposta em um outdoor e chamar as crianças negras de “espécie ameaçada”.

“Você não pode salvar bebês negros discriminando mulheres negras”, disse Loretta Ross, coordenadora nacional do coletivo *SisterSong*. “Os direitos civis sempre disseram respeito à expansão das liberdades para o povo preto, e não a voltar no tempo, para o século 19, como esses antiabortistas querem. As mulheres negras devem voltar a ser reprodutoras só para apoiar a causa deles?”. A verdadeira liberdade, acrescentou Ross, garante direitos humanos para todas as pessoas, incluindo direitos reprodutivos e opções de cuidados de saúde reprodutiva para as mulheres.

Quando ativistas antiaborto chegaram de ônibus em Atlanta no dia 24 de julho, a *SisterSong* já os esperava, ao lado da organização *SPARK Reproductive Justice NOW* (sparkrj.org) e da *SisterLove* (sisterlove.org), com seus argumentos na ponta da língua. Esta é a história contada por Ross:

Mais de cinquenta defensores da causa vieram do Project South, do Advocates for Youth, do Feminist Women’s Health Center, do The Malcolm X Movement e, claro, da SPARK, da SisterSong e da SisterLove. As pessoas eram principalmente afro-americanas, mas algumas ativistas latinas e brancas vieram em solidariedade. Era um grupo incontestavelmente jovem, com apenas algumas pessoas mais velhas, como eu, sentadas mais afastadas e vendo-as liderar. Fizemos uma manifestação bem agitada por cerca de uma hora, com discursos e declarações de solidariedade, como as da Religious Coalition for Reproductive Choice (Coligação Religiosa pela Escolha Reprodutiva).

Então, os ônibus e os carros que traziam os antiabortistas estacionaram em frente ao King Center. Continuamos no nosso lado da rua enquanto eles desembarcavam e começamos a gritar “confie em mulheres pretas!” o mais alto possível, segurando cartazes que diziam “você não pode roubar direitos civis” e “direitos das mulheres são direitos humanos”. Paris Hatcher e Tonya Williams, da SPARK, e Heidi Williamson, da SisterSong, lideraram o comício com um espírito e uma energia que realmente entusiasmaram o nosso lado e mantiveram todo mundo engajado e se divertindo.

Ficamos bastante surpresos quando os antiabortistas saltaram do ônibus – com exceção de quatro pessoas, todas brancas, pelo que pudemos ver. Foi surreal ver todas aquelas pessoas brancas segurando cartazes que diziam “o aborto é o assassino número 1 do povo afro-americano”, em uma campanha organizada pela diretora de divulgação do Priests for Life (Padres pela Vida), Alveda King, que é uma mulher negra. Conseguir ter uma noção da cena? Aqui está um grupo de brancos que declaram querer salvar bebês negros sendo refutado, principalmente, por mulheres e homens afro-americanos que gri-

tam “confie em mulheres pretas!”. Quando vimos os cartazes deles, Paris imediatamente criou um novo coro: “O racismo é o assassino número 1 do povo afro-americano, e não as mulheres negras!”. As ironias do dia pareciam intermináveis. Quando foi a última vez que pessoas negras protestaram num comício de brancos em um espaço nomeado em homenagem ao Dr. Martin Luther King?

Depois de marchar em frente aos túmulos e se reagrupar na calçada até que fossem instruídos a seguir em frente, os antiaborto deixaram o seu lado da rua e caminharam por trás da nossa manifestação para realizar seu culto de oração na grama atrás do anfiteatro onde estávamos, possivelmente sob as ordens da polícia do parque. De repente, não havia barreiras nem polícia, nada entre os dois grupos. A princípio, mantivemos distância um do outro – nós gritávamos, eles cantavam; nós levantávamos cartazes, eles levantavam as mãos. Depois, as coisas ficaram interessantes quando eles decidiram atravessar a barreira invisível e começar a orar por nós. A polícia do parque apareceu providencialmente e manteve ambos os lados separados.

Pareceu um pouco ridículo quando eles começaram a cantar “We Shall Overcome” para contra-atacar nossa cantoria da música “Lift Ev’ry Voice”. O calor que fazia naquele dia desgastou todo mundo. Eles se deslocaram pela rua mais uma vez (não em frente ao King Center), a fim de terminar sua oração. Subimos ao topo do anfiteatro para olhar para eles de cima e continuar o nosso coro “confie nas mulheres pretas!”. Acho que os frustramos porque tenho certeza de que muitos daqueles brancos presumiram que a comunidade negra de Atlanta os acolheria como salvadores da raça preta. Era óbvio que eles estavam mais do que um pouco desconfortáveis em ter de ouvir mulheres negras protestar. Depois de uma hora e meia desse vaivém, eles entraram no ônibus e foram embora, tal como nós, mas não sem cantar “No, no, no, no, no, no, no, no. Hey-hey-hey. Goodbye”.

ATIVISMOS SOBRE ABORTO E JUSTIÇA REPRODUTIVA ON-LINE

Os grupos antiaborto mobilizam a estratégia de condenar mulheres que fazem abortos legais ou clandestinos como “assassinas” e “irresponsáveis”. Eles se apropriaram inclusive da linguagem feminista para alimentar essa visão, dizendo que o aborto é “violência contra as mulheres não nascidas”, que é contrário aos “direitos humanos” e que causa “depressão e suicídio” entre as gestantes que optam por ele. Por causa desses pesados estigmas, falar publicamente sobre o tema é um grande tabu na nossa sociedade. As pessoas que abortam temem a criminalização e os julgamentos morais.

Por isso, uma das principais iniciativas de ativistas para conscientizar as pessoas da necessidade da legalização do aborto no Brasil é a desestigmatização dessa prática e das pessoas que a vivenciam. Há alguns sites que coletam depoimentos anônimos de mulheres e pessoas com capacidade de gestar que passaram por essa experiência, como o eu-vou-contar.tumblr.com e o somostodasclandestinas.milharal.org. Nesses

relatos, as pessoas que falam não se parecem com “monstros assassinos”, mas com cidadãs comuns, que têm famílias, religião, necessidades, sonhos. Suas decisões pelo aborto foram vivenciadas de diferentes formas: como alívio, alegria, sofrimento, culpa, solidão, libertação. Acima de tudo, foram decisões tomadas depois de elas avaliarem seus desejos e condições de vida, chegando à conclusão de que, naquele dado momento, era o melhor para si e suas famílias. Suas escolhas foram atos de responsabilidade e cuidado. Esses depoimentos ajudam a compreender o aborto como um evento reprodutivo comum nas vidas das mulheres, que requer políticas de saúde, empatia e respeito.

Outra consequência da criminalização do aborto é a produção de uma rede quase infinita de desinformação sobre o tema. Há um imaginário de que o aborto “mata criancinhas”, quase sempre representado por figuras de fetos com aparência de bebês formados e ensanguentados. Há também muitas informações não confiáveis sobre aborto com medicamentos, que criam a ideia de que é inseguro e ineficaz. Por isso, algumas organizações e ativistas têm se dedicado a difundir conhecimentos baseados em evidências cientificamente fundamentadas e na ética feminista de cuidado e solidariedade. Algumas dessas iniciativas são a *Campanha Nem Presa Nem Morta* ([instagram.com/nempresanemmorta](https://www.instagram.com/nempresanemmorta)) e o seu “*Boletim Futuro do Cuidado*” (futurodocuidado.org.br/boletim). A página *Aborto Fora do Armário* ([instagram.com/aborto.foradoarmario](https://www.instagram.com/aborto.foradoarmario)) informa sobre protocolo seguro de aborto com medicamentos e produz conteúdos que desestigmatizam a opção pela não maternidade. O Coletivo Margarida Alves produziu o *Guia de Defesa Popular da Justiça Reprodutiva* e a série “*Nossos Corpos-Territórios*”, sobre justiça reprodutiva ambiental, que inclui textos e podcast (coletivomargaridaalves.org). As Católicas Pelo Direito de Decidir têm promovido debates sobre o tema e possuem uma vasta biblioteca de recursos que tratam do aborto e da reprodução de pontos de vista de ativistas católicas feministas (catolicas.org.br).

As Defensorias Públicas de alguns estados têm se posicionado contra as diversas ações do Estado brasileiro que promovem retrocessos no direito ao aborto. No campo jurídico, elas têm ajuizado ações contra portarias do Ministério da Saúde que criam barreiras no acesso ao aborto legal em casos de violência sexual. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo emitiu parecer favorável à descriminalização da prática no debate que ocorreu no Supremo Tribunal Federal (STF) em 2018 e também elaborou uma cartilha informativa, intitulada *Direitos reprodutivos: “aborto legal”*, sobre direito ao aborto legal.¹ A Defensoria do Estado do Rio de Janeiro, por sua vez, elaborou um extenso estudo sobre mulheres incriminadas por aborto. O material recebeu o título *Entre a morte a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro* e pode ser consultado on-line.²

Uma iniciativa inovadora de mobilização da sociedade civil para se contrapor aos inúmeros projetos de lei conservadores e antiaborto que tramitam no Congresso

Brasileiro foi a criação da Beta, a primeira robô feminista do Facebook (beta.org.br). Ela funcionava monitorando os projetos de lei e, cada vez que identificava um problema ou retrocesso, enviava uma mensagem para todas as pessoas que haviam se inscrito na sua lista de contatos, com um chamado de ação. Até 2020, mais de 167 mil pessoas atenderam ao chamado da Beta e tiveram a oportunidade de pressionar parlamentares. Essas campanhas resultaram em vitórias importantes, como o arquivamento da PEC 29, que proibiria o aborto até em caso de estupro, e o cancelamento de uma proposta do Conselho Federal de Medicina que visava a autorizar intervenções médicas durante o parto sem o consentimento da gestante.

Por fim, destacamos também o Mapa do Acolhimento (mapadoacolhimento.org), uma plataforma que conecta mulheres que sofrem ou sofreram violência de gênero a serviços públicos de acolhimento e a uma rede de psicólogas e advogadas dispostas a ajudá-las de forma voluntária.

A SEXUALIZAÇÃO DE MENINAS E MULHERES

QUANDO SUA SEXUALIDADE EQUIVALE AO PODER QUE VOCÊ TEM

Uma tática publicitária frequente é manipular a mensagem que muitas feministas tentam passar: a de que as meninas e mulheres têm o poder de ser e de fazer o que quiserem. Não surpreende que, dentro do que o autor e ativista Ariel Levy chama de “cultura do atrevimento”, publicitários e outros profissionais da comunicação tenham reinterpretado essa ideia. Em uma cultura centrada no homem, em que atletas do sexo feminino ganham elogios e reconhecimento quando posam na *Playboy* e em que estrelas do pop focam, em primeiro lugar e acima de tudo, no quão sexy e atraente elas são, esse poder feminino é traduzido de uma forma distorcida, que afirma às meninas e mulheres que elas o alcançarão ao se vestir como quiserem e que ninguém pode lhes dizer o contrário.

Seguindo a lógica dessa interpretação, o poder não tem nada a ver com caráter ou conquistas. Em vez disso, é uma equivalência ao poder da atração sexual. Para as adolescentes e mulheres inseridas nessa realidade, a pressão e a expectativa de ser bonita, magra e sexy pode se tornar um fardo muito desgastante.

Levy, de forma muito competente, observa: “Especialmente as meninas adolescentes – que são bombardeadas com essa pressão cultural de ser atraentes e sexy – têm muita dificuldade para aprender a reconhecer seu próprio desejo sexual, o que é um componente crucial para se sentir sexy”. A ideia de que performar sexualidade é equivalente a ter poder e controle é particularmente perigosa para as meninas que estão entrando na vida adulta.

UM DEBATE AINDA INCIPIENTE NO BRASIL

No Brasil, não há iniciativas conhecidas de combate a esse tipo de sexualização de meninas nas mídias. Há algumas campanhas que visam a lutar contra o abuso sexual e a exploração sexual infanto-juvenil, que submete crianças e adolescentes, sobretudo as pobres, à violência e à prostituição. Também há ações de prevenção da gravidez precoce, que focam no acesso e permanência de jovens em instituições de educação formal e não formal. Em 2016, a Unicef Brasil publicou um caderno de boas práticas, intitulado *Empoderamento de meninas: como iniciativas brasileiras estão ajudando a garantir a igualdade de gênero*, que traz um bom panorama de diagnósticos sobre esses e outros problemas enfrentados por meninas e adolescentes, assim como ações voltadas para promover igualdade de gênero para esse público.³

Ainda no que se refere ao público infanto-juvenil, no campo da comunicação, a *Capitolina* (revistacapitolina.com.br) é uma revista on-line independente para garotas adolescentes. Criada por jovens que sentiram falta de ter suas experiências representadas na mídia para esse público, a revista trata de arte, escola, relacionamentos, *games*, moda e culinária, e busca representar todas as jovens, especialmente as que se sentem excluídas pelos moldes tradicionais da adolescência.

Quanto às imagens femininas nas mídias, tem havido debates sobre a “objetificação” de mulheres adultas na publicidade. São muito comuns as propagandas que retratam mulheres apenas a partir de atributos sexuais, exibindo corpos seminus que seguem padrões de beleza estritos, ou a partir da posição de cuidadoras, como donas de casa e mães. Recentes campanhas publicitárias de cerveja, que apelavam sistematicamente para imagens de jovens de biquíni, foram alvo de denúncias por seu teor sexista. Como resultado dessa pressão direta, o Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR) suspendeu a veiculação das peças e incluiu em seu código a recomendação de que “eventuais apelos à sensualidade não constituirão o principal conteúdo da mensagem; modelos publicitários jamais serão tratados como objeto sexual”. Tem havido também cada vez mais iniciativas na sociedade civil que questionam os padrões que elegem como belos apenas os corpos magros, brancos e sem deficiências físicas.

FORÇA-TAREFA DA ASSOCIAÇÃO ESTADUNIDENSE DE PSICOLOGIA SOBRE A SEXUALIZAÇÃO DE MENINAS

A Força-tarefa sobre a Sexualização de Meninas, formada pela Associação Estadunidense de Psicologia (APA), divulgou um estudo em 2007 (atualizado em 2010) que abordava a onipresença e os efeitos prejudiciais de imagens sexualizadas de meninas e jovens mulheres em todos os meios de comunicação que foram levados em consideração, incluindo publicidade, televisão, filmes, cliques e letras de músicas, revistas, mídia esportiva, videogames e o mundo on-line.

Como esperado, as imagens e representações das mulheres apresentadas refletem um padrão limitado (e não realista) de beleza que serve para sabotá-las. E, de acordo com o estudo, a sexualização tem uma série de consequências psicológicas negativas para meninas e jovens mulheres: ela afeta seu “funcionamento cognitivo, saúde física e mental, sexualidade, atitudes e crenças” e prejudica a “autoimagem das meninas e seu desenvolvimento saudável”.

O estudo também deu um passo importante na identificação dos componentes da sexualização, observando que ela ocorre quando:

- o valor de uma pessoa está apenas em seu apelo ou comportamento sexual e outras características são completamente desconsideradas;
- uma pessoa se encontra em um padrão que iguala a atratividade física (estritamente definida) com ser sexy;
- uma pessoa é sexualmente objetificada – isto é, transformada em uma coisa para o uso sexual dos outros, em vez de ser vista como uma pessoa com capacidade de executar ações independentes e tomar de decisões;
- a sexualidade é impropriamente imposta a uma pessoa.

LEVANTANDO VOZES, COMPARTILHANDO HISTÓRIAS

Em resposta a esse problema generalizado, grupos jovens e feministas estão promovendo suas próprias mensagens positivas sobre a sexualidade ligada ao pensamento crítico que precisamos ter em relação às representações de meninas e mulheres na mídia. A *New Moon Girls* (newmoon.com) é uma revista e uma comunidade on-line regulada para meninas de oito a quatorze anos. Pensada para ajudar meninas a desenvolverem uma imagem corporal saudável, o site apresenta artigos sobre meninas mudando o mundo, histórias sobre artes e cultura do mundo todo e um chat seguro, com alguém moderando, em que elas podem se expressar e compartilhar ideias. As meninas também podem criar e compartilhar as artes que produzem no site.

Dedicado à saúde e ao bem-estar de meninas e jovens mulheres, a *Hardy Girls Healthy Women* (hghw.org) é uma organização sem fins lucrativos que trabalha para dar às meninas oportunidades de explorar novos interesses e de construir alianças com outras meninas. A organização treina mulheres adultas que trabalham com meninas do segundo ano do ensino fundamental ao último ano do ensino médio e desenvolve programas que incentivam meninas a pensar criticamente sobre as representações das mulheres na mídia e como reconhecer e abordar casos de injustiça. No site, uma participante do programa chamada Beth disse: “Quando vejo um anúncio que está vendendo uma mulher em vez do produto, consigo reconhecer o que estão fazendo. Quando ouço um comentário machista, eu reconheço o que estão fazendo. E quando sinto vontade de falar o que penso, eu falo, sem achar que estou passando de algum limite”.

Voltado para uma população mais velha, a *Name It, Change It* (nameitchangeit.org) é uma organização não partidária que trabalha para acabar com a cobertura machista e misógina na mídia sobre mulheres que se candidatam a cargos políticos. O site tem exposto comentários sexistas de apresentadores de rádio, especialistas, blogueiros e jornalistas que desautorizam mulheres candidatas e líderes.

Em síntese, se você está cansada de histórias que representam incorretamente meninas e mulheres (ou que nos excluem completamente) acesse o *Women, Action & the Media* (womenactionmedia.org), também conhecido como WAM!. Essa organização tem como objetivo mudar a narrativa ao apoiar criadoras de conteúdo e conectá-las umas às outras, assim como a ativistas, acadêmicos e financiadores que trabalham para promover a propriedade, a representação e a participação das mulheres na mídia. Entre suas diversas ofertas está uma lista de discussão dinâmica e informativa que acolhe as alunas, bem como as profissionais.

CONFERÊNCIA DA SPARK

Em outubro de 2010, a *Hunter College* – em parceria com o *Women's Media Center*, a *Hardy Girls Healthy Women*, a *Ms. Foundation* e inúmeras outras educadoras e organizações – realizou a primeira conferência da SPARK (sparksummit.com) para combater a crescente sexualização das meninas na mídia.

SPARK, nesse caso, significa *Sexualization Protest: Action, Resistance, Knowledge* (Protesto à Sexualização: Ação, Resistência, Conhecimento). As palestrantes abordaram uma grande variedade de problemáticas, incluindo o marketing de sutiãs com bojo e de calcinhas fio dental para crianças, o papel passivo ou hipersexualizado de meninas e mulheres na TV e em filmes e a ligação entre a autosssexualização e a baixa autoestima nas adolescentes. Mais de trezentas pessoas participaram da conferência, com mais centenas de participantes acompanhando on-line.

Na estação do *Women Media Center*, as meninas criaram videojornalismo, submeteram posts ao blog do WMC e fizeram relatos sobre incidentes de machismo. Algumas meninas foram destaque na NPR, na CBS, no *Huffington Post*, no *El Diario* e em outros meios de comunicação.

Como uma das palestrantes da conferência explicou, o foco não era antissexo, e sim antiexploração. Mulheres e meninas precisam pensar criticamente sobre as mensagens que estão recebendo e “deixar o sexy de lado” – em outras palavras, recuperar sua sexualidade de uma forma saudável e positiva.

Jamia Wilson

A ativista Jamia Wilson, vice-presidente de programas no *Women's Media Center*, explica por que o letramento midiático é fundamental para empoderar meninas e jovens mulheres.

Meninas merecem ter acesso à educação em letramento midiático e a informações sobre como criar um ambiente positivo nas mídias digitais para que possam compreender melhor as escolhas que têm disponíveis – e o impacto que bilhões de dólares em publicidade têm na falta de escolhas que lhes são apresentadas diariamente.

Com poucos conglomerados controlando a grande maioria dos conteúdos na mídia, estamos vendo uma drástica diminuição nas representações alternativas e positivas de meninas no meio do entretenimento e na imprensa. Estudos mostram que, quanto mais TV uma menina assiste, menos opções ela acredita ter na vida. A mídia e os profissionais de marketing ditam, desde a nossa infância, como devemos nos vestir, agir e como deve ser nossa aparência se quisermos nos encaixar na sociedade. Estamos pedindo por alternativas que não reproduzam nossos corpos como objetos descartáveis.

As mensagens estão se tornando mais limitadas com o surgimento de roupas de stripper para meninas, sutiãs de biquínis com bojo para crianças de 1 a 2 anos, fantasias altamente sexualizadas para todas as idades e calcinhas fio dental e lingerie para pré-adolescentes. Existe um repositório chamado *Library of Really!?!*, no site da SPARK, que dá destaque a algumas das mensagens e produtos sexualizados presentes na mídia atualmente.

Nossa sexualidade não é uma mercadoria para os profissionais de marketing venderem ou se apropriarem. Temos que conseguir contar nossas histórias do jeito que realmente queremos.

DESAFIANDO A INDÚSTRIA EXTRATIVISTA E AGROPECUÁRIA

O território brasileiro é riquíssimo em recursos naturais, como terra, água e minerais. No entanto, esses recursos são distribuídos de forma profundamente desigual. De um lado, há grandes conglomerados do agronegócio e mineração que enriquecem com sua exportação, de outro, populações e comunidades que padecem com a dificuldade de acesso a esses bens ou com a degradação de seus territórios em virtude de modelos predatórios de exploração do meio ambiente.

A expansão da mineração na região amazônica, a implantação de grandes represas hidrelétricas e o crescimento do agronegócio têm intensificado uma política de desastres e deterioração ambiental. Tem sido cada vez mais frequentes o rompimento de barragens de rejeito mineral, a contaminação do solo e de lençóis freáticos por metais pesados e o desmatamento de áreas florestais. Como mostra o Coletivo Margarida Alves (coletivomargaridaalves.org), populações indígenas, negras, ribeirinhas e cam-

pesinas são diretamente afetadas com a perda de seus territórios, a desintegração de seus modos de vida, a destruição de recursos naturais, o rompimento com suas raízes socioculturais, o deterioramento de formas tradicionais de agricultura e mineração que provêm seu sustento e a precarização de suas relações de trabalho com as empresas exploradoras. As cidades, por sua vez, sofrem com poluição, encarecimento do preço dos alimentos e inchaço populacional.

“Para as mulheres, em sua grande maioria responsáveis pela sustentação dos territórios, seja a partir dos trabalhos de cuidados – saúde, educação, alimento –, seja a partir do trabalho da agricultura, pesca, extrativismo e artesanato, essa realidade é ainda mais dramática”, informa o Coletivo Margarida Alves. “Não é à toa que a maioria das pessoas à frente das organizações populares e comissões de negociação junto às empresas exploradoras são mulheres, muito embora não haja visibilidade sobre esse fato”. Elas são muito atuantes em algumas das mais conhecidas organizações para os direitos das populações do campo, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, a Via Campesina Brasil, o Movimento dos Pequenos Agricultores, o Movimento dos Atingidos por Barragens e o Movimento pela Soberania Popular na Mineração.

Quando a economia local gira em torno de empresas mineradoras e agropecuárias, os empregos formais são preferencialmente ocupados por homens. Quando contratadas, as mulheres se vinculam a serviços de alimentação e limpeza, precariamente remunerados. Em geral, elas são as responsáveis por garantir a alimentação de suas famílias por meio da agricultura tradicional e da reprodução de animais de pequeno porte. Assim, quando as águas e solos são contaminados ou quando uma barragem de rejeitos tóxicos se rompe, elas veem sua segurança alimentar e econômica e a de seus dependentes em risco. Os territórios afetados são assolados por disputas políticas violentas, em que lideranças locais são assassinadas, mulheres são violentadas, ameaçadas e sexualmente exploradas e suas associações, criminalizadas. Elas são frequentemente alijadas de participar de processos de negociação de seus direitos humanos, seja pelas empresas extrativistas, seja pela organização patriarcal de suas comunidades. Os componentes tóxicos da exploração ambiental afetam a saúde de todos, mas particularmente a das mulheres, que sofrem com maior incidência de infecções sexualmente transmissíveis, doenças relacionadas à atividade profissional, aborto, mortalidade materna e câncer. As crianças sofrem com malformações e mutações genéticas, sem que haja políticas públicas para dar suporte às mulheres, que arcam quase sempre sozinhas com o trabalho de cuidados.

Injustiça reprodutiva ambiental

Coletivo Margarida Alves

“Ei, psiu. Onde vai essa gracinha?”. A menina corre. Ao chegar em casa, apavorada, conta ao pai e à mãe: “Tô com medo de ir pra escola sozinha. A cidade tá cheia de homens estranhos que ficam mexendo com a gente”. (julho de 2013)

“Mãe, vem cá ver! Os peixes estão mortos!”. A comunidade chama a Polícia Ambiental, que coleta amostras de peixe e da água do rio. Semanas mais tarde, chega o laudo: os peixes morreram de frio. Questionado sobre a análise, o fiscal esclarece: “Não, minha senhora, não tem nada a ver com o produto que veio da barragem”. (fevereiro de 2014)

Dia ensolarado, bom pra lavar roupa. Lava roupa, põe pra secar. Dentro de casa, porque os caminhões da firma vão passar mais tarde e a roupa vai sujar de novo de poeira. Esse é o cotidiano da mãe de três filhos atingida pela mineração. (abril de 2015)

“Pensa em milhões de trovoadas de uma vez. Era o barulho da lama. As paredes da casa começaram a tombar em cima da gente. Meu irmão gritava. Veio a lama e arrancou meu filho de dois anos e minha sobrinha dos meus braços. Foram os dois, dentro da lama. Eu afundei. Não enxergava mais nada. [...] Aí, senti a dor do aborto. A dor do aborto. Perdi meu bebê e fui arrastada pela lama. Eram ondas, eu afundava, me cortava toda. Engoli muita lama. Furei meu rosto e cortei costela, pernas, braços, nádegas. Meu maxilar saiu do lugar. A lama levou toda minha roupa”. (Priscila Monteiro, em entrevista à BBC sobre o dia do rompimento da barragem do Fundão em 2015)

“Corre! Corre! A barragem estourou e o rio tá transbordando”, grita a jovem para seus familiares. “Não, calma. Alarme falso. Foi apenas um escape para esvaziar a barragem”, justifica o representante da empresa. (março de 2018)

Voz embargada de choro. “Depois do rompimento da barragem da Vale em Brumadinho perdi toda minha renda”, conta a pescadora. “Hoje dependendo do meu marido até para comprar produtos de higiene pessoal”. (janeiro de 2020)

Os relatos acima, baseados em situações reais, são apenas algumas das inúmeras situações vivenciadas por comunidades atingidas por grandes empreendimentos minerários no Brasil e exemplificam o que chamamos de *injustiça*

reprodutiva ambiental. Esses empreendimentos são expressão de um modo predatório de acumulação conhecido como extrativismo, estabelecido em escala global há mais de meio milênio com a colonização das Américas. Caracterizado pela remoção de grande quantidade de recursos naturais da terra para fins de exportação, o extrativismo é um mecanismo de saque e apropriação colonial que opera na relação centro-periferia estabelecida pelo capitalismo global. Os recursos naturais localizados no hemisfério sul do globo são expropriados em escala massiva, com grandes custos para todos os seres vivos, em benefício de países e populações localizadas majoritariamente no norte.

À medida que metais preciosos eram descobertos, no século 18, na região brasileira que foi chamada de “Minas Gerais”, o empreendimento colonial se interiorizou. Negros escravizados eram forçados a um regime desumano de trabalho nas minas, que levava-os à morte em um curto espaço de tempo. Os mortos eram rapidamente substituídos, contribuindo para o crescimento de outro lucrativo negócio colonial: o comércio de negros escravizados. Muito tempo se passou, mas o empreendimento capitalista da mineração continua a exercer a mesma exploração predatória, racista e colonialista, com ainda mais poder, recursos e legitimidade do que naquela época.

Em sua versão contemporânea, esse empreendimento é conhecido por neoextrativismo. O prefixo “neo” refere-se apenas ao caráter nacionalista que a indústria adquiriu. Todo o resto continua o mesmo: a posição de subordinação no mercado internacional, o foco na competitividade, eficiência, maximização de lucros e externalização de impactos, os irreparáveis danos ao meio ambiente e os nefastos efeitos humanos, sociais e naturais.

Todas essas características se traduzem em um modelo de produção necessariamente fundado na destruição. Fauna e flora são dizimadas, ar e água poluídos, comunidades inteiras forçadas a deixar seus territórios para dar lugar a projetos de expansão, a especulação imobiliária faz disparar os preços de moradia, o custo de vida aumenta e as taxas de adoecimentos relacionados ao crescimento urbano desordenado também.

Os danos causados por grandes empreendimentos minerários a corpos, comunidades e territórios estão entrelaçados e se reforçam mutuamente – à medida que o meio ambiente experimenta violência, a autonomia e dignidade reprodutiva de comunidades e pessoas é reduzida. Essa condição nos remete, necessariamente, a duas dimensões das lutas por justiça social que vêm sendo travadas nas últimas décadas em diferentes espaços sociais e por distintos setores da sociedade civil: a justiça ambiental e a justiça reprodutiva. Entendemos que o entrelaçamento desses dois conceitos-movimentos tem grande potencial para transformar a forma como enquadramos as lutas por corpos e territórios

livres e soberanos, tornando visíveis dimensões de injustiça hoje não plenamente reconhecidas. Por isso, propomo-nos a construir coletivamente a noção de justiça reprodutiva ambiental.

A justiça reprodutiva revela como a estrutura jurídica dos direitos sexuais e reprodutivos estratifica a reprodução, retirando de amplos segmentos da população os direitos de se casar, de decidir se quer e quando quer ter filhas ou filhos, de constituir uma família reconhecida legalmente e de reivindicar o direito de ser pai ou mãe das filhas e filhos que colocam no mundo. Pensada a partir dessa lente crítica, a reprodução deixa de ser apenas uma questão de decisão sobre ter ou não ter crianças e passa a ser compreendida como todo o trabalho de sustento da vida que fazemos – garantindo a alimentação, a segurança, a limpeza, o cuidado e o bem-estar de nós mesmas, das pessoas ao nosso redor e da comunidade em que estamos inseridas. Assim, a luta por justiça reprodutiva abarca também os problemas do racismo, educação, violência, pobreza, trabalho, encarceramento, cidadania LGBTQ+ e migração ao incorporar três dimensões fundamentais: o direito de procriar, o direito de não procriar e o direito de cuidar das filhas e filhos que temos com dignidade e apoio social, em comunidades saudáveis e sustentáveis.

É especialmente nessa terceira dimensão que a justiça reprodutiva encontra pontos de forte conexão com a justiça ambiental. Articulada como conceito-movimento também nos anos 1990, a justiça ambiental tem como referência a luta de comunidades e povos pela sobrevivência em seus territórios e, consequentemente, pela preservação das águas, matas, florestas e todos os demais seres vivos não humanos. Essa noção envolve: (i) igualdade social, racial e de gênero, demandando que nenhum grupo social suporte uma parcela desproporcional de danos ambientais advindo de grandes projetos; (ii) acesso justo e democrático aos recursos ambientais, sem que um grupo dominante deles se apropriem impedindo a continuidade dos modos de vida dos povos e comunidades tradicionais; e (iii) possibilidade de construção e manutenção de modelos alternativos ao extrativismo.

A noção de “justiça reprodutiva ambiental”, inspirada pelas vivências dos povos indígenas das Américas, integra os dois paradigmas acima para sustentar que é fundamental avaliar os impactos socioambientais de modo a incluir também os danos aos processos, sujeitos, elementos e espaços de reprodução da vida, isto é, os corpos individuais e coletivos, a cultura e os símbolos sociais, a sexualidade e a reprodução e a capacidade de indivíduos e comunidades de exercer sua liberdade reprodutiva com dignidade. Quando nossos corpos, espíritos e comunidades são incapazes de usufruir de vidas saudáveis por causa de injustiça ambiental, nossa autonomia reprodutiva é retirada de nós. Essa é uma

lente analítica interseccional e intersetorial e, como tal, capaz de dar visibilidade a expressões de injustiça não capturadas pelas análises que focam apenas na dimensão reprodutiva ou ambiental.

Autonomia e dignidade corporal individual só podem ser alcançadas em comunidades saudáveis e sustentáveis, onde a reprodução da vida deixa de ser um fardo das mulheres para se transformar em bem coletivo comum. Os grandes empreendimentos minerários destroem as condições materiais, políticas e socioeconômicas que permitem essa transformação. Contra eles, levantamos a bandeira da justiça reprodutiva ambiental, que demanda, a um só tempo, a proteção das águas, das florestas, das rochas, da terra e dos seres humanos e não humanos, numa teia de respeito, interdependência e cuidado.

Adaptado de Larissa Vieira e Mariana Pradini Assis, “Dignidade de corpos, comunidades e territórios: justiça reprodutiva no contexto de grandes empreendimentos”, 2021⁴

ATIVISMO GLOBAL

HISTÓRIAS DE PESSOAS DO MUNDO TODO

Em nosso mundo cada vez mais conectado e interligado, nunca foi tão fácil ler histórias e ver vídeos criados por mulheres que trabalham para garantir direitos de saúde sexual e reprodutiva pelo mundo todo. Você não precisa ir muito além do Facebook, do Flickr ou do YouTube para se maravilhar com a variedade de ações realizadas durante os dezesseis dias de ativismo contra a violência de gênero (16dayscwg.rutgers.edu), a campanha internacional que acontece do dia 25 de novembro (Dia Internacional contra a Violência contra as Mulheres) até o dia 10 de dezembro (Dia Internacional dos Direitos Humanos), ou para se conectar profundamente com a história de uma menina sobre como ela está fazendo a diferença em sua comunidade.

Nos últimos anos, mais atenção tem sido dada à ideia de que, para superar a pobreza nos países em desenvolvimento, é necessário investir na saúde, na educação e no empoderamento das meninas (veja, por exemplo, *Half the Sky Movement* – halftheskymovement.org – e *The Girl Effect* – thegirleffect.org), reforçando as estratégias que várias organizações de mulheres vêm apoiando há décadas.

A *Global Fund for Women* (globalfundforwomen.org), por exemplo, promove os direitos humanos ao canalizar recursos para organizações dirigidas por mulheres em todo o mundo que trabalham para a segurança econômica, saúde, educação e liderança das mulheres. Essa fundação acredita que ativistas locais são a opção mais confiável para encontrar soluções que melhor atendam às necessidades de suas comunidades e países. Desde 1988, a organização concedeu ajuda financeira a mais de

4.200 grupos de mulheres em 171 países – com ações que consistiam em ajudar a organização feminista multicultural *The Fiji Women's Rights Movement* (fwrn.org.fj) a enfrentar as desigualdades no sistema jurídico de Fiji, ou ao apoio ao trabalho do *Labrys* (labrys.kg), um grupo que defende os direitos de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais no Quirguistão.

No México, a *Semillas* (semillas.org.mx) faz um trabalho parecido, concedendo doações a organizações que atuam em quatro áreas principais: direitos humanos, mulheres e trabalho, direitos sexuais e reprodutivos e violência de gênero.

No Brasil, o Fundo Elas (fundosocialelas.org) é o único fundo independente dedicado às mulheres no país. Desde o ano 2000, já apoiou mais de 390 projetos em todas as regiões brasileiras, sobre temas como: combate à violência contra as mulheres e ao racismo, participação política das mulheres, fortalecimento de mulheres lésbicas e bissexuais, organização de trabalhadoras domésticas, ações de comunicação sobre direitos sexuais e reprodutivos, entre outros.

Saiba mais sobre os fundos de outras mulheres ao redor do mundo em *International Network of Women's Funds* (inwf.org) e em *Women's Funding Network* (wfnf.org), duas iniciativas que atuam como organizações guarda-chuva, unindo fundos feministas.

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION (IWHC)

Em setembro de 2009, o governo da Indonésia aprovou uma nova lei de saúde que expandiu os serviços de saúde reprodutiva para as mulheres. Antes dessa aprovação, o aborto era essencialmente ilegal. A nova lei permite o acesso ao aborto em casos de estupro ou quando a vida da mulher está em risco. Embora esteja longe de ser perfeito, é um começo encorajador em um país que carece de cuidados gerais de saúde reprodutiva para as mulheres.

Uma das principais defensoras da nova lei foi a *Yayasan Kesehatan Perempuan* (YKP), ou Fundação da Saúde da Mulher, com sede em Jacarta, que trabalha com profissionais de saúde e o governo da Indonésia para promover os direitos das mulheres. O financiamento da *International Women's Health Coalition* (Coligação Internacional para a Saúde das Mulheres - www.iwhc.org), ajudou a YKP a transmitir sua mensagem aos formuladores de políticas e líderes comunitários e a influenciar a decisão do governo para que a lei fosse aprovada. A IWHC também está ajudando a YKP a promover outras questões de saúde reprodutiva, incluindo o aumento do acesso a cuidados obstétricos de emergência por parteiras treinadas ou assistentes de parto para reduzir a taxa de mortalidade materna.

Desde 1984, a IWHC distribuiu mais de 16,5 milhões de dólares em doações para organizações que defendem os direitos e a saúde das mulheres na África, Ásia e América Latina. A organização pretende ter um impacto local e global, concentrando-se em duas áreas que entram em conflito ocasionalmente: o ativismo

local e a política internacional. Além de trabalhar em estreita colaboração com organizações e redes comunitárias e regionais na África, Ásia, Oriente Médio e América Latina, a IWHC tem colaborado com outras organizações globais de saúde e direitos da mulher para influenciar as deliberações das Nações Unidas. A IWHC também atuou como intermediária entre as agências da ONU e os defensores locais e de base em questões-chave relacionadas à saúde reprodutiva e sexual. As colaborações da IWHC com a Organização Mundial da Saúde se concentram no acesso a serviços de saúde e direitos reprodutivos, aborto seguro e sexualidade e saúde sexual.

A IWHC também possui um blog informativo, o *Akimbo* (blog.iwhc.org), que fornece cobertura de notícias e políticas globais relacionadas à saúde e aos direitos das mulheres. No aniversário do *Roe versus Wade* (importante caso jurídico que gerou precedentes pró-aborto nos Estados Unidos, mas revogado pela Suprema Corte dos Estados Unidos durante a edição deste livro em 2022) em 2011, uma das colaboradoras do *Akimbo* postou um vídeo sobre um procedimento de aborto perigoso que custou a vida de uma mulher na zona rural da Índia. O vídeo enfatizou que, mesmo em lugares onde o aborto é teoricamente legal, ele não é necessariamente seguro ou acessível. O vídeo e a postagem destacaram a importância de continuar defendendo um melhor acesso a procedimentos para um aborto seguro e a cuidados de saúde reprodutiva para mulheres em todo o mundo.

Fonte recomendada: AWID

Procurando trabalhar com questões que afetam mulheres internacionalmente?

A *Association for Women's Rights in Development* (awid.org), uma organização feminista dedicada a promover a equidade de gênero e o desenvolvimento sustentável por meio de uma rede de pesquisadoras, ativistas, acadêmicas e elaboradoras de políticas ao redor do mundo, publica novas vagas de emprego em todo o mundo. Inscreva-se para receber o e-mail semanal em awid.org/getinvolved/jobs.

SEGUINDO EM FRENTE

As redes sociais e as novas tecnologias tornaram as informações incrivelmente acessíveis, e a participação de uma infinidade de vozes tornou mais orgânico e dinâmico o processo de gerar conscientização e apoio às questões das mulheres. Ao mesmo tempo, os desafios que o movimento de saúde feminina enfrenta são gigantescos, e a atmosfera política no Brasil tem sido muito volátil.

Apesar de as maneiras como nos organizamos e nos comunicamos estarem sempre mudando, e independentemente da natureza e da complexidade de nossos desafios atuais, podemos encontrar nossa força onde sempre a encontramos: na comunidade. Juntas, temos chance maior de abordar questões imediatas e, ao mesmo tempo, romper com estereótipos e estruturas de poder enraizados.

Quando nós – com nossa infinita diversidade de origens e experiências – estamos dispostas a cruzar fronteiras para ouvir e aprender umas com as outras, tudo é possível.

Traduzindo: os direitos das mulheres são direitos humanos

Grupo: *Women's Rehabilitation Centre (WOREC)*, ou Centro de Reabilitação para Mulheres.

País: Nepal

Fonte: *Hamro Sharir, Hamro Ho (Our Bodies, Ourselves* ou *Nossos corpos por nós mesmas*), um conjunto de cinco livretos nepaleses baseados em *Nossos corpos por nós mesmas*.

Site: www.worecnepal.org

Desde 1991, o parceiro do *Our Bodies, Ourselves* no Nepal, o Women's Rehabilitation Center (WOREC), tem sido fundamental para o progresso cívico e a transição política do país de uma monarquia para uma democracia incipiente. O WOREC luta contra muitas formas de violência de gênero, incluindo casamento precoce e tráfico sexual, e promove os direitos das mulheres à saúde tanto no nível comunitário quanto em nível nacional.

Em 2007, o WOREC fazia parte de uma coligação responsável pela inclusão dos direitos de saúde reprodutiva na constituição provisória do Nepal e agora está trabalhando para garantir que os mesmos direitos sejam incluídos na constituição final do país. O grupo também trabalhou com funcionários do governo em uma estratégia nacional de saúde voltada para as mulheres. Mais recentemente, o WOREC colaborou com parceiros e legisladores em treinamento de gênero e violência para ajudar 12 governos distritais e organizações sem fins lucrativos em todo o país.

A organização publicou cinco livretos baseados em *Our Bodies, Ourselves*, adaptados às necessidades das mulheres e das meninas do Nepal. Antes da publicação, o WOREC usou essas informações em uma campanha nacional em feiras de saúde, clínicas e centros de saúde para educar mulheres e meninas sobre seus corpos e a influência de fatores culturais e sociais em seu bem-estar.

Desafiar o status quo em uma sociedade profundamente patriarcal colocou,

muitas vezes, integrantes da organização em perigo. O grupo tem defendido, em nome das sobreviventes de estupro, que os agressores sejam julgados pela justiça e que dalits (um grupo social e economicamente desfavorecido) recebam educação sobre o direito que elas têm a salários justos.

Os ataques ao WOREC incluíram intimidação física e sexual, violência verbal e ameaças de morte. Com pouco apoio das autoridades responsáveis pela aplicação da lei, o WOREC continua se colocando na linha de frente para levar informações sobre saúde a milhares de mulheres e meninas em todo o país.

A natureza do trabalho do WOREC, ao lado da intimidação contínua e do apoio limitado, muitas vezes deixou suas integrantes desmoralizadas e isoladas em seu ativismo. Isso é preocupante e exige um compromisso renovado com a responsabilização dos agressores para que ativistas que defendem os direitos das mulheres possam fazer seu trabalho com dignidade e segurança.

Foi só quando fui a uma conferência de justiça social que compreendi totalmente a longevidade da luta da qual sou apenas uma pequena parte recém-chegada. Eu sabia que muitas mulheres tinham vindo antes de mim, é claro, mas ver as gerações interagindo nessa conferência foi uma ótima surpresa para mim. Temos que continuar ouvindo, questionando e apoiando umas às outras. O caminho é longo. Mas fico arrepiada só de pensar em continuar colaborando com tantas mulheres incríveis, de todas as idades e origens, e sou grata por elas serem minhas amigas e aliadas.

NOTAS

1. A cartilha pode ser consultada em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Aborto_Legal.pdf.
2. O estudo está disponível em: <https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/c70b9c7926f-145c1ab4cfa7807d4f52b.pdf>.
3. O documento está disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/3696/file/Empoderamento_de_meninas_caderno_de_boas_praticas.pdf.
4. O texto na íntegra está disponível na página do Coletivo Margarida Alves, em: <https://coletivomargaridaalves.org/dignidade-de-corpos-comunidades-e-territorios-justica-reprodutiva-no-contexto-de-grandes-empreendimentos>.





DAS EDITORAS

O LIVRO que você tem em mãos – *Nossos corpos por nós mesmas* – está sendo publicado em português brasileiro no início do ano de 2023, mas é importante lembrar que ele tem estado presente no Brasil e tem influenciado as lutas feministas desde que foi publicado na década de 1970 como *Our Bodies, Ourselves* (OBOS) pelo *Boston Women's Book Collective*.

Quando mencionei à Amelinha Teles¹ que Ana Basaglia e eu estávamos trabalhando na edição brasileira do OBOS, ela me contou sobre como o conteúdo influenciou as lutas pelo Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1983, no contexto da redemocratização do Brasil. O programa defendia o direito à saúde em todas as fases da vida. Amelinha nos ensinou que a “saúde integral em todas as fases da vida” foi aprendida pelas feministas brasileiras por meio do OBOS, virou movimento social e ecoou na marcante e famosa “Carta das mulheres aos constituintes”², de 26 de agosto de 1986, em que a expressão “todas as fases de sua vida”, bem como “garantia da livre escolha pela maternidade”, entre tantas outras que você encontrará neste livro, estavam presentes como reivindicações das brasileiras à Assembleia Constituinte, instalada em 1987 para trabalhar no texto da atual Constituição de 1988.

Trecho da “Carta das mulheres aos constituintes”

Na Saúde: defesa do princípio de que a saúde é um direito de todas pessoas e um dever do Estado; defesa do SUS – Sistema Único de Saúde; garantia de assistência integral à saúde da mulher em todas as fases de sua vida; garantia da livre escolha pela maternidade, garantia da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto; garantia do direito de interromper a gravidez com condições adequadas; garantir o direito de mulheres e homens determinar se querem ou não exercer a maternidade e a paternidade, e se quiserem, mulheres e homens têm o direito a decidirem o número de filhos que querem ter; o acesso gratuito aos contraceptivos, com assistência médica; fiscalizar e controlar as pesquisas e experimentações desenvolvidas nos seres humanos, em especial nos corpos das mulheres.

OBOS faz parte da história do movimento feminista brasileiro e mundial. Segundo a socióloga alemã Maria Mies,³ a história do feminismo mostra que “as principais questões que desencadearam a revolta das mulheres não foram as questões geralmente abordadas pelo feminismo cultural, as questões da desigualdade e da discriminação, mas outras questões que, de uma maneira ou outra, estavam relacionadas ao corpo feminino”. (2022, p. 80)

Desde seu lançamento na década de 1970, OBOS se mobiliza para garantir às mulheres o direito ao conhecimento sobre seus corpos e se consolida – sobretudo a partir da década seguinte quando têm início os esforços de tradução – como um movimento feminista transnacional, que possibilita que o feminismo viaje e se transforme, além de permitir que o conhecimento inicialmente transportado seja ampliado, atualizado e adaptado, de forma constante, aos contextos políticos e sociais nos quais ingressa pela tradução.

É importante ressaltar que a tradução, a adaptação, a edição e a publicação de uma obra como *Nossos corpos por nós mesmas* só podem acontecer no seio do ativismo e da militância feminista, pois a maioria das editoras tradicionais não consideraria este livro economicamente ou comercialmente “viável”. Essa lógica, porém, não é a lógica dos movimentos sociais nem da universidade pública (e nem das pequenas editoras feministas!).

Este projeto de livro foi iniciado em 2019 com base em uma proposta pedagógica – idealizada e articulada pelas professoras Érica Lima (Unicamp) e Janine Pimentel (UERJ) com cerca de 40 alunos e alunas de tradução – e uma proposta social, materializada pela Raquel Pereira, do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, junto ao *Boston Women’s Collective*. Sob a coordenação e (muito!) trabalho e perseverança de Raquel, Érica e Janine, além dos tradutores e tradutoras, o projeto reuniu 36 pessoas no trabalho de adaptação, cerca de mais dez no trabalho de revisão, além de outra dezena de pessoas nas colaborações e transcrições. Ou seja, em suas mãos estão refletidos a iniciativa de três mulheres e o trabalho direto de quase uma centena de pessoas. Todas trabalharam – a grande maioria voluntariamente e a grande maioria com ligação à universidade pública brasileira – para que OBOS ganhasse sua versão em português após mais de cinquenta anos de sua publicação. Como editoras feministas, somos muito gratas pelo convite das coordenadoras do projeto para somarmos à rede OBOS Brasil.

Um livro para e por mulheres não é pouca coisa, pois nossos direitos sexuais e reprodutivos têm sido reiteradamente cooptados por movimentos conservadores de direita para fazer avançar pautas políticas que não são estabelecidas *por mulheres e para mulheres*, mas que visam à preservação da dominação patriarcal e a exploração capitalista. É o que indica a escalada das ações contra o direito (de crianças!) ao aborto legal e seguro no Brasil por meio, não só de pessoas moralistas, mas com o uso da

máquina do governo. Nos referimos especificamente à cartilha sobre o aborto publicada recentemente pelo Ministério da Saúde que minimiza os riscos da gravidez na adolescência. A guinada conservadora das instituições não é privilégio do Brasil. Nos Estados Unidos, ocorreu algo inimaginável: a revogação – no curso desta edição – do precedente *Roe v. Wade*, que garantia, desde 1973, o direito ao aborto em todo o território dos Estados Unidos. Com a revogação, o direito ao aborto passa a ser regulado pelos estados e há previsão de que o aborto passe a ser proibido em dezenas deles. Estamos, infelizmente, em uma época em que uma carta escrita pelas mulheres brasileiras em 1986 continua parecendo promessa de futuro.

Traduzir, adaptar, publicar e sobretudo ler e discutir *Nossos corpos por nós mesmas* no Brasil de hoje é um ato de busca por conhecimento e resistência, pois este é um livro que muda nossa relação com nosso corpo, transforma nossa relação com outros corpos e também com o mundo. *Nossos corpos por nós mesmas* nos convida a um movimento interno que inevitavelmente leva a um desejo e movimento de transformação social. Um livro que faz com que corpos se movimentem movimenta o mundo e é capaz de transformá-lo, já que os corpos não são apenas o suporte sobre o qual os regimes autoritários buscam inscrever seus ditames, são também nosso meio de expressão mais potente e prova viva de nossas dores e alegrias (Federici, 2020, p. 53).⁴

OBOS é um movimento social. É também uma política do corpo. Os corpos estão lançados. Todas, todos e todes, desfrutem.

Luciana Carvalho Fonseca, Universidade de São Paulo & Ema livros
Ana Basaglia, Editora Timo

NOTAS

1. Maria Amélia de Almeida Teles é fundadora e presidente-honorária da União de Mulheres de São Paulo, coordenadora do Projeto Promotoras Legais Populares (PLPs) e integrante do Conselho Consultivo do Centro Dandara. Foi assessora da Comissão da Verdade do Estado de São Paulo. Foi presa política durante a ditadura militar no Brasil. É autora de diversos livros, sendo o mais recente “Feminismos, ações e história de mulheres” (Editora Alameda & Ema Livros, no prelo).
2. *Carta das mulheres aos constituintes*. Disponível em https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/a-constituente-e-as-mulheres/arquivos/Constituinte%201987-1988Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf
3. Mies, Maria. *Patriarcado e acumulação em escala mundial: mulheres na divisão internacional do trabalho*. Tradução coletiva. Ema Livros & Editora Timo, 2022.
4. Federici, Silvia. *Beyond the Periphery of the Skin: Rethinking and Reclaiming the Body in Contemporary Capitalism*. PM Press, 2020.

Em nome da diretoria e das fundadoras de *Our Bodies, Ourselves*, estamos muito felizes em receber nossa mais nova “irmã”: uma tradução e adaptação completa e minuciosa em português desse guia global, feitas por mulheres que conhecem a realidade atual do Brasil. Esta é uma excelente versão do clássico livro feminista que tem ajudado milhões de pessoas em todo o mundo a encontrar informações confiáveis sobre seu corpo, sexualidade, relacionamentos, problemas de saúde e assistência médica. O livro também ajuda a combater as desigualdades sociais e raciais que persistem, apesar de décadas de ativismo. Um trabalho de amor! Estamos muito orgulhosas desse trabalho de amor e de seu sucesso!

JUDY NORSIGIAN e NORMA SWENSON

Co-fundadoras do Coletivo de Boston e OBOS

emma LIVROS

editora **timo**

ISBN: 978-85-67695-14-3



9 788567 695143

