

RISCO, REPRODUÇÃO E GÊNERO NA MORTALIDADE INFANTIL

Parry Scott¹ (UFPE)
FAGES, UFPE,
CFCH 13º Andar, Cidade Universitária, Recife, Pe. 50670-901

31º Encontro Anual de ANPOCS,
22 a 26 de outubro de 2007,
Caxambú, Minas Gerais.

Seminário Temático 35 :

Vitimização: riscos objetivos e percepções do risco ou novos dados, novos movimentos

Trabalho Preliminar para Discussão

¹ Parry Scott, scott@hotlink.com.br

RISCO, REPRODUÇÃO E GÊNERO NA MORTALIDADE INFANTIL²

Parry Scott³ (UFPE)
FAGES, UFPE

A luta contra mortalidade infantil se desencadeia no contexto de Programas de Saúde da Família com equipes de profissionais instaladas em comunidades marcadas por pobreza e violência. Na universalização dos sistemas de atendimento à saúde um alvo prioritário é a mortalidade neonatal e infantil. Como em tantas outras ocasiões, as manchetes de duas reportagens veiculadas no dia 14 de setembro de 2007 no *Jornal do Commercio* do Recife revelam a alta importância e o relativo sucesso do esforço global. “Mortalidade infantil é a menor da história” celebra as tendências positivas globais anunciadas pela diretora executiva da UNICEF. E “Brasil pode atingir meta da redução antes do prazo,” mostra que o país está adiantado no seu caminho para buscar a redução em dois terços até 2015, com os dados mais alvissareiros provenientes da Região Nordeste, local historicamente problemático nestas taxas.

² Embora este trabalho seja resultado de várias pesquisas e é de minha responsabilidade de autoria, é importante citar nominalmente os colegas da pesquisa de principal referência: Mortalidade Neonatal e Infantil: Riscos para Mães Adolescentes e Adultas no Recife, (apoio do CNPQ) presentes e participantes na elaboração da pesquisa e nas discussões sobre as questões levantadas aqui: Alfonsina Faya, Judith Hoffnagel, Marion Quadros, Monica Franch, Paulo Gemano Frias, Rosa Carneiro, Sílvia Sarinho e Tânia Lago-Falcão. , ultas individual. Os meus agradecimentos especiais a Paulo e Sílvia que forneceram indicações de leituras e dados fundamentais e que leram versões preliminares, dando valiosas sugestões.

³ Parry Scott, scott@hotlink.com.br
FAGES, UFPE, CFCH 13º Andar, Cidade Universitária, Recife, Pe. 50670-901, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Departamento d Ciências Sociais

As taxas de mortalidade infantil no Brasil experimentam uma tendência francamente decrescente desde o século passado, particularmente notável a partir da década de 1970, e ainda mais fortemente a partir do fim dos anos 80. No Nordeste de 1991 a 2005, a mortalidade infantil diminuiu de 71,4 por mil nascidos vivos, para 31,6⁴. No Recife, com a maior disponibilidade de uma rede de serviços de saúde característica de áreas metropolitanas, esta mortalidade inicia de um ponto mais baixa, e se reduz ainda mais intensivamente, passando de 46,38 óbitos por mil nascidos vivos em 1989 para 22,2 em 1999 e 14,6 em 2005. Os esforços da administração e dos profissionais de saúde se compensam nos números, ao mesmo tempo em que perdura a decepção decorrente de uma convivência com as condições sociais e políticas que permitem a perpetuação do problema.

O social e o biológico se misturam. Outra estatística sobre a mortalidade infantil no Recife remete os profissionais de saúde e epidemiologistas a um reconhecimento da importância do aperfeiçoamento do trabalho técnico. Como reporta o Ministério de Saúde (1995, portal de saúde), “O componente pós-neonatal (entre 28 dias e um ano de idade) da mortalidade infantil foi o que mais contribuiu para a queda; entre 1996 e 2000 a redução foi de 30,2%, entre 2000 e 2004 a redução foi de 21,5%. No meio deste período, em 1999, os óbitos neonatais representaram 72% do total de óbitos de menores de um ano de idade. O PSF e as outras ações do setor tem conseguido reduzir mais rapidamente a mortalidade de bebês que passam pelos 28 dias cruciais do primeiro mês de vida. Isto é uma alerta para todos que alguma atenção maior precisa ser dada para a faixa dos 28 dias neonatais. Debate-se o quanto deste fenômeno se deve a fatores biológicos, e o quanto a sociais. No linguajar do planejamento e administração de saúde, o foco é nas mortes “evitáveis”, que, apesar de haver um consenso que este termo se refere a qualquer óbito que ocorra desnecessariamente apesar da tecnologia disponível, ainda deixa o campo bastante aberto para a compreensão do que é que faz uma morte tornar-se “evitável.”

O reconhecimento da multiplicidade de ações sanitárias que resultam na diminuição da taxa de mortalidade infantil atesta para a complexidade da leitura epidemiológica, social e biológica, do fenômeno. Diferentes autores ressaltam diferentes

⁴ Esta última cifra é contestado formalmente pelo MS porque desconsidera os sistemas de informações nacionais e usa um método indireto que nivela o Brasil com outros países que não tem informação sobre o tema.

fatores. Mesmo assim, arraigado no discurso sanitário sobre estas questões, independente da ênfase do autor, é que as adolescentes (femininas) representam um grupo de risco para estes acontecimentos. Nascida num berço médico e probabilístico, a idéia de risco tem sido amplamente debatida, inclusive levando a propostas para substituições de termos (ver Ayres 1997 e Carvalho et. al. 2007) para boas revisões críticas e aplicações) para torná-la mais “social(izada)”. Mas é inegável que essa idéia sinaliza um campo perigoso para os profissionais de saúde, requerendo uma redobrada atribuição de significados às suas ações. Ao associar a adolescência feminina á idéia de risco na reprodução, complementa uma outra atribuição de risco aos adolescentes masculinos, costumeiramente dissociados do campo de reprodução. Esta dissociação é cômoda tanto para os adolescentes quanto para os profissionais de saúde, pois há uma tendência convergente de, num lado, os jovens não quererem aproximar-se aos locais de atendimento à saúde por não quererem aparentar fraqueza e doença, e, de outro lado, dos profissionais de saúde os desejaram distantes para não tumultuar os serviços (ver Scott 2006). O risco masculino é construído num campo de circulação mais ampla, onde a desigualdade e os conflitos de poder se evidenciam mais abertamente, sejam eles entre vizinhos, entre classes, entre governantes e governados. É um risco extraordinariamente presente no cotidiano de equipes de saúde que trabalham em comunidades pobres, sobre o qual se conversa informalmente com muita freqüência, mas que encontra pouca reverberação direta no campo de ação administrativa da saúde. A regra é de evitar os rapazes.

Focalizando o Recife este trabalho lança mão de dados de três pesquisas realizadas pelo Núcleo FAGES (Família, Gênero e Sexualidade) da UFPE. A primeira, a de referência principal, versa sobre *Mortalidade neonatal e infantil: representações e riscos para adolescentes e adultos no Recife* teve apoio do CNPQ de 2005 para 2007. Fornece dados estatísticas de diversos níveis, bem como entrevistas e discussões em grupo e estudos de caso em duas comunidades atendidas pelo PSF. A segunda pesquisa, sobre as *Como vão relações de gênero no PSF?*, foi feita em colaboração com a ONG SOS Corpo e a Faculdade de Medicina da USP com apoio da Prefeitura do Recife (Coordenadoria da Mulher e Secretaria de Saúde). Foi realizada através de observação direta em equipes de saúde de família em cada uma das seis Regiões Política-

Administrativas da Cidade, usando observação *in loco* de equipes, entrevistas com médicos e profissionais de saúde, grupos focais com agentes comunitários e auxiliares de enfermagem e exames de documentos. Assim, fornece um aprofundamento etnográfico sobre o aspecto de diferenças de gênero e geração no PSF. A terceira usa entrevistas, grupos de discussão, observações e convivência colaborativa com oficinas e capacitação para a inserção de questões de saúde reprodutiva nas reivindicações e ações de várias organizações representativas nas suas atividades em favor das comunidades do bairro do Ibura. Estes dados esclarecem ainda mais a visão das jovens e dos jovens e das associações de moradores sobre violência e risco vividos por todos. Em todas estas fontes, identificam-se convergências e divergências do discurso generizado sobre risco e contrasta maneiras sugeridas de disciplinar este risco, os seus vetores e as suas vítimas. O presente estudo inicia com a apresentação de dados de ocorrência de óbitos e de risco de óbitos, relacionando-as a gênero, geração e violência para depois centrar-se nas representações dos atores envolvidos em alguns casos vistos.

A presença do PSF acirra a dicotomização generizada da idéia de risco, reforçando um discurso calcado na biologia e no corpo feminino, e sustentado numa lógica coletiva das tradições da epidemiologia “gravidezes de risco.” Trata jovens mulheres como vitimizadas pelos riscos provenientes da reprodução. Elas assumem duplamente o risco: elas podem adoecer ou falecer, vítimas das exigências da gravidez sob os seus corpos, ou podem parir um nenê que não consiga sobreviver. Isto acarreta um terceiro risco a outro grupo de pessoas: a ação profissional da equipe de saúde pode sofrer marcação e penalidades pela sua ineficiência no alcance das importantes metas de reduzir a mortalidade infantil na sua área adscrita. Uma breve apresentação da noção empregada por profissionais de saúde sobre a adolescente grávida como paciente de risco identifica dois eixos do discurso: um que naturaliza o risco através de referências à biologia e restrições corporais; outro que naturaliza a idéia de precariedade social com referência a conceitos sobre a inserção da jovem na sociedade e nos ciclos domésticos.

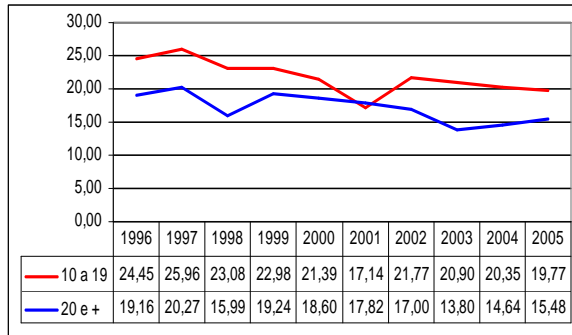
Os riscos terminam tornando-se múltiplos e a sua ação na orientação do trabalho profissional se mistura com a articulação de desigualdades sociais, de classe, gênero e geração, como também desvenda as fraquezas dos serviços de saúde disponíveis para as classes populares.

Naturalizando pelos números: ampliando a faixa do risco juvenil

Após a queda da fecundidade generalizada no Brasil, as adolescentes ganharam destaque nos estudos populacionais e nos estudos sobre saúde reprodutiva ao despontarem-se na proporção de gravidezes. Inicialmente, esta ampliação proporcional de gravidezes na adolescência se devia a dois fatores, um ligeiro aumento real, e, muito mais importante, uma diminuição real na fecundidade de mulheres mais velhas. Com muita atenção pública voltada à gravidez na adolescência, e com a passagem dos efeitos iniciais da queda generalizada de fecundidade, hoje em dia nem o aumento real nem o aumento proporcional se sustentam mais. Cálculos com os dados que O Ministério de Saúde (2007) veicula sobre nascidos vivos de 2000 a 2004 mostram que a faixa etária de 10 a 19 anos baixou de 23% para 22% das gravidezes no Brasil. No estudo o Ministério realça a queda no número de gravidezes na faixa inferior de 10 a 14 anos (2,747 nascidos vivos a menos, ou seja uma queda de 9,3%), quando de fato a queda é mais notável, absoluta e proporcionalmente, entre a faixa superior, de 15 a 19 (86,550, ou 12,0%). A atenção se justifica pela questão do risco maior evidenciado entre os filhos das mães mais jovens, e ao estender-se para a faixa superior, abre uma brecha para que o discurso disciplinador de adolescentes de 15 a 19 anos possa atingir estas mães adolescentes que muitas vezes seguem tradições familiares de idade de maternidade (Scott 2001, Butto e Silva 1999, Vidal 1998).

Passa-se dos dados gerais de mortalidade neonatal e infantil no Brasil, para um detalhamento maior para Recife. Os dados sistematizados por Sílvia Sarinho da equipe da pesquisa sobre *Mortalidade neonatal e infantil: representações e riscos para adolescentes e adultos no Recife* do CNPQ destrincham esta história longitudinal e geograficamente. Nos últimos dez anos, as duas faixas, inferior e superior, juntas apresentam sistematicamente maiores coeficientes de mortalidade infantil e neonatal para mães adolescentes quando comparadas a mães adultas, segundo os dados do SINASC e SIM (salvo em 2001), realidade que se repete para todos os distritos sanitários da cidade, como se verifica nos Gráficos 1 e 2.

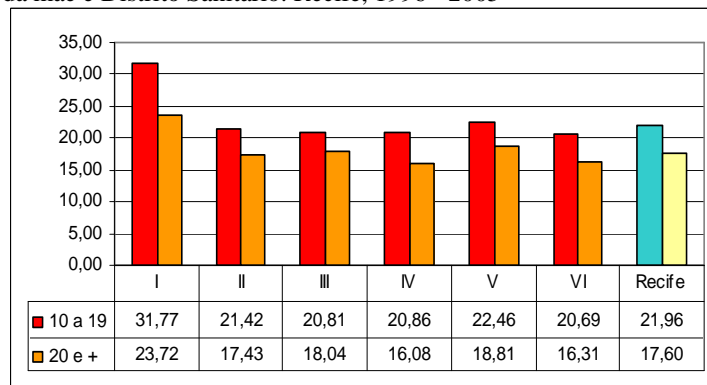
Gráfico 1: Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo faixa etária da mãe. Recife, 1996 - 2005



Fonte: Dados trabalhados do SIM/SINASC/DINAM/DVS/Secretaria de Saúde de Recife para a pesquisa *Mortalidade neonatal e infantil: representações e riscos para adolescentes e adultos no Recife* por Sílvia Sarinho

Mesmo havendo variação interna, em todos os distritos sanitários estes resultados se repetem:

Gráfico 2: Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo faixa etária da mãe e Distrito Sanitário. Recife, 1996 - 2005



Fonte: Dados trabalhados do SIM/SINASC/DINAM/DVS/Secretaria de Saúde de Recife para a pesquisa *Mortalidade neonatal e infantil: representações e riscos para adolescentes e adultos no Recife* por Sílvia Sarinho

É importante ater-se por dois pólos na interpretação destes dados – as duas faixas limítrofes. A faixa inferior, de 10 a 14, mesmo tendo poucos filhos, supera em muito a faixa de 15 a 19 no seu coeficiente. Trabalhando com os dados que diferenciam a faixa inferior e superior no ano de 2006 (Tabela 1), no Recife, unir essas duas faixas resulta numa elevação de 1,4 pontos em relação à faixa de 15 a 19 anos. Em outras palavras, escondem-se os números de muito alto risco das mães mais novas, e agrega-se às mães de

15 a 19 anos um conteúdo de risco maior que elas de fato têm. Desta maneira, unir as estatísticas das duas faixas permite que o discurso de risco biológico seja aplicado mais fortemente a uma faixa cujo risco é mais reduzido que parece. Na Tabela 1 ainda se verifica um coeficiente menor de mortalidade neonatal quando se compara com a faixa de acima de 20 anos. Esboça-se a possibilidade do risco ser maior para mães adultas de que para as mães na faixa superior da adolescência! Como se verá mais adiante, a possível interpretação que isto seja um efeito do encaminhamento de mães adolescentes como gravidezes de alto risco para atendimento em unidades especializadas, talvez seja precipitada. Esta interpretação sugere que as adolescentes de 15 a 19 ainda padecem de condições biológicas adequadas para a maternidade, e supervaloriza a capacidade dos serviços de saúde de corrigir este risco. Invertendo a interpretação, poderia se especular que estas meninas estejam em condições biológicas excelentes para a maternidade, mas as debilidades dos serviços de saúde e as limitações no apoio social a estas mães desfavorecem uma diminuição maior nos seus coeficientes. A questão merece investigação mais profunda, e poderia aproveitar-se de estudos feitos em unidades hospitalares.

Tabela 1: Mortalidade Neonatal e Pós-Neonatal no Recife, 2006, SIM/SINASC, subdividindo faixa etária de adolescentes

Faixa etária	Óbitos / Nascidos Vivos	Mortalidade Neonatal	Mortalidade Pós-neonatal
10 – 14	11 / 203	39,41	14,78
15 – 19	61 / 4,373	8,46	5,49
20 +	254 / 18,260	10,24	3,67

Fonte: Dados trabalhados do SIM/SINASC/DINAM/DVS/Secretaria de Saúde de Recife para a pesquisa *Mortalidade neonatal e infantil: representações e riscos para adolescentes e adultos no Recife* por Sílvia Sarinho e Parry Scott

É importante reconhecer que unificar a faixa de adultas também esconde um fenômeno que algumas pesquisas mais recentes identificam. Embora os dados da tabela 1 sejam insuficientes para tirar qualquer conclusão, oferecem uma pista importante para pensar o que pode estar ocorrendo numérica e simbolicamente, com a unificação das faixas. As mulheres acima de 35 anos estão apresentando alguns riscos significativos, bem superiores às adolescentes (veja Carvalho et. al 2007, tabela 2). Este estudo,

realizado com dados hospitalares, classificou a idade da mãe como um fator “distal” de risco, e a análise logística dos dados resultou na criação de um modelo que não considera as faixas etárias das mães como fatores de risco, nem na faixa de 10 a 19, nem na mais preocupante faixa de acima de 35. Além de mencionar um estudo que demonstra o risco para mães muito jovens (10-14), citam a impossibilidade de trabalhar com os números baixos de nascimentos vivos nesta faixa, e também ressaltam repetidamente a importância de entender as próprias condições da instituição e dos serviços de saúde nos números. Identificam outros fatores de risco, relacionados como mais explicativos da diferenciação da ocorrência de mortalidade infantil: três que são pistas biológicas sobre a necessidade de haver mais atenção aos bebês - índices baixos de APGAR no quinto minuto, idade gestacional abaixo de 36 semanas, e baixo peso ao nascer; e três que remetem mais ao meio social e condições de pobreza e inadequação de serviços disponíveis às mães - número de consultas de pré-natal abaixo de três, nível educacional da mãe e raça.

Segue-se aqui uma linha de argumentação bem conhecida nas ciências sociais e nos movimentos feministas associadas à saúde reprodutiva, já apresentada em Scott 2001 e Butto e Silva 1999, hoje em dia muito bem representada e divulgada pelos pesquisadores do GRAVAD (Heilborn, 2006) num estudo realizado sobre gravidez na adolescência no Rio, Porto Alegre e Salvador. É muito importante separar as faixas etárias de mães muito novas e de mães adolescentes que, efetivamente, não fogem das suas próprias tradições familiares. Num artigo intitulado “O mal-estar brasileiro não é responsabilidade das meninas pobres,” divulgado na página web do CLAM, Heilborn (2007) aponta para esta questão ao criticar argumentos que associam espuriamente a pobreza com a alta natalidade entre meninas pobres:

De saída, é necessário separar as trajetórias de meninas de 13, 14 anos, daquelas que possuem 18, 19 anos. Nessa última faixa, projetos de constituição de família nem sempre mal-sucedidos constituem o horizonte das ditas meninas. Elas engravidam antes e se unem depois.

Na discussão das tabelas e das informações divulgadas por órgãos governamentais aqui, se viu um mecanismo de “unificação” de gerações pelo qual a apresentação de estatísticas permite que um discurso biológico se sobreponha a uma compreensão mais

social e cultural do fenômeno de mortalidade infantil. Os riscos mais comprováveis associados à biologia e ao despreparo do corpo e da mente de meninas de 10 a 14 anos terminam por ser aplicados a meninas de acima de 15 anos. Para estas não é tão convincente que haja um risco biológico significativo, e unificar as faixas escondem os mais altos riscos nas pontas de menor e de maior idade (10 a 14 anos, e acima de 35, com gradações crescentes com o avanço da idade materna). Seguindo uma lógica disciplinadora entre gerações, as adolescentes todas parecem oferecer riscos, e as adultas oferecem mais segurança. Assim, percebe-se que o eixo biologizante do discurso de risco extrapola os limites da sua faixa de referência para valorizar um discurso disciplinador da juventude em geral. A disciplina social afrouxa para as mais velhas, e aperta para as mais novas. Isto repercute em como os serviços de saúde lidam com as mães de idades diferentes.

Naturalizando Risco, manuais, instruções e a prática profissional

A selva de manuais, orientações e instruções criada pelos administradores de saúde emana mensagens contraditórias para os profissionais de saúde e para a população como um todo. De acordo com os tipos de serviços oferecidos, os grupos sociais trabalhados e os segmentos das especializações diversas, ora as adolescentes são representadas como sendo de risco, ora não. Mas a socialização e capacitação de profissionais de saúde exigem sempre uma prudência ao obedecer aos ditames dos seus próprios órgãos fiscalizadores. Havendo duas instruções disponíveis, uma que identifica as adolescentes como sendo de risco e sugere um encaminhamento diferenciado, e outra que insiste que o risco da adolescência somente existe ao ser acompanhado por outro fator de risco (hipertensão, hemorragia, desproporção céfalo-pélvica, anemia, etc.), a prudência informa que o encaminhamento diferenciado afastará a dificuldade, remetendo-a a outro setor. É isso que ocorre na vasta maioria dos casos de gravidez na adolescência no Brasil. Inserir-se numa rede especializada oportuniza o acesso a unidades de saúde aparelhadas para lidar com as demandas técnicas de gravidezes complicadas. Há unidades que entendem as demandas técnicas de uma forma restrita e investem fortemente e quase exclusivamente em equipamentos

e especialidades. Há outras que estendem esta compreensão para a maneira de atender e o respeito às origens sociais e culturais das mães.

De acordo com os princípios do SUS, nos seus próprios manuais (ver Scott 2000) a estratégia de Saúde da Família tem como "ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população" (Brasil 1997: P. 7) a família passando "a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive". Desta forma, ela "não é um programa pobre para áreas pobres" (é um modelo substitutivo e de cobertura universal que "exige alta complexidade tecnológica nos campos de conhecimento e de desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes, [e] ... não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança", sendo também de vigilância e de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral." Em resumo, poderia entender que a equipe de saúde de um PSF bem implantado teria a capacidade de compreender e interagir com sensibilidade com as jovens, grávidas ou não, que compareciam aos seus serviços.

Não é assim que o PSF costuma ser vivido pelo profissional de saúde. Não se pode negar que haja a criação, mesmo limitada, de espaços para diálogo entre jovens e profissionais de saúde, como se identificou na pesquisa sobre gênero no PSF no Recife (Vilella 2005 e, Scott 2005, 2006), mas boa parte do trabalho é dirigido para garantir que as jovens não se engravidem (prevenção), e quando se engravidam descobrem que aquelas profissionais que tanto tentava dialogar com elas não serão as pessoas responsáveis pelo acompanhamento da sua gravidez. É quase automático: aparece uma adolescente grávida, tem que ser encaminhada para uma unidade de referência especializada. Aquele investimento na "alta complexidade tecnológica de conhecimento e desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes" se dilui, e os experimentados e capacitados especialistas, tão caros ao campo de saúde, entram para poder tratar o risco de uma jovem que reproduz, mas cuja realidade cotidiana concreta o profissional desconhece.

A saída dos profissionais prudentes, que agem nas comunidades, é que estão seguindo as instruções e orientações oferecidas pelo Programa em que estão envolvidos. Fiel a princípios do SUS, e organizado sobre combinações diversas de ideários, cada

programa é sempre hegemônico apenas na medida em que a articulação que a sua gestão descentralizada permite. Cada Secretaria fará a interpretação que entende como correta. No caso do Recife, realça-se integralidade, qualidade, equidade e participação social quando fala do Programa Saúde da Família. A própria identificação de “quais as instruções a seguir” num lugar como Recife com a complexidade de serviços que oferece, não é fácil. As capacitações modificam concepções e o acesso a páginas de WEB esclarece pouco sobre as orientações concretas. A página da Secretaria de Saúde do Recife, mesmo dando destaque ao PSF, também contem uma lista ainda maior de áreas de atuação da saúde da mulher, e as regulamentações concretas não estão acessíveis com facilidade. Na página do Ministério de Saúde a situação é semelhante. Os muitos manuais e orientações às adolescentes oferecidas por ONG's e por equipes de profissionais autônomos se dirigem mais às próprias grávidas que aos profissionais. É na prática que a noção de risco se torna palpável, e as adolescentes se distanciam das equipes, embora hoje em dia não esteja tão automático quanto antes.

As declarações de profissionais atuantes em duas áreas pesquisadas pela equipe de FAGES mostram a convicção, clareza e cuidado com que enfrentam a notícia que há uma adolescente grávida na sua área, evidenciando uma sensibilidade para evitar os encaminhamentos pouco justificáveis, apenas na base da idade:

Assim, antigamente encaminhava todas as adolescentes, mas agora eu nem encaminho todas elas. Só assim, se no decorrer da gravidez apresenta alguma alteração. Aí a gente encaminha também – diabete, hipertensão (PAV – médico)

Eu não sei como é feito o risco por aí. Eu sei que alguns casos, por exemplo a faixa etária da mãe, as vezes, ou a diabete a hipertensão. Eu sei que esses são indicativos para encaminhar para o alto risco. Agora no caso das adolescentes, quais são os critérios que utilizar? Se só a idade, porque têm muitas adolescentes que, apesar da idade, tem uma saúde boa, que você pode fazer o prenatal no PSF. (PAI – enfermeira)

Não estou muito ligada no pré-natal de alto risco de lá não, agora na eminência do parto, se for uma adolescente, se ela se sentir insegura. Aí eu encaminho para o Centro de Referência (PJI – enfermeira)

A adolescente, já taxada como “de risco,” se veria frente a um sistema cujas dimensões, impessoalidade e dificuldade de acesso a encaminha para um mundo de “outros riscos” que nem são propriamente biológicas e que nem seriam atribuíveis diretamente à exclusão social e imagens de violência erguidas em torno do meio social da comunidade pobre onde reside. Os profissionais de saúde do PSF ouvidos desconfiam

que as adolescentes, sem apresentar outros problemas, podem receber melhor atenção mantendo-se onde estão. Mesmo assim, continua havendo uma idéia de perigo associado à hora do parto como uma hora de enfrentar outros riscos. Estes “outros riscos” decorrem da precariedade do atendimento oferecido, a contragosto de alguns administradores e planejadores cujos esquemas de melhora dos serviços esbarram na indisponibilidade de investimentos adequados estruturalmente embutida no setor. O conhecimento especializado e a capacitação para lidar com aspectos sociais e culturais das pacientes, razão de ser de realizar um encaminhamento para as unidades de referência, encontra dificuldades na tentativa de superar os múltiplos obstáculos que a administração dos serviços não consegue desobstruir.

O encaminhamento das adolescentes pelas equipes de saúde seria um reconhecimento implícito de não terem alcançado um controle adequado sobre a fecundidade dos seus pobres. Sobre a geração e divulgação de uma imagem generalizada desta idéia de controle, Heilborn chama atenção a

“um esquema intelectual viciado em diversos articulistas da grande imprensa, armadilha que volta e meia reaparece travestida de preocupação com a infância pobre [...]Diminuir o número de pobres impedindo-os de nascer aparece como a salvação das mazelas sociais e da violência urbana. Mais do que isso, é a fecundidade dos mais pobres que deve ser controlada, sobretudo das mais jovens, pois são elas que “fabricam em série” os delinqüentes juvenis.”

Pelo menos, sob a proteção do setor de saúde, a idéia é do filho nascer, e tanto ele quanto a mãe sobreviver. E nos caso em que se trata de grávidas “de risco”, elas deixarão de ser simplesmente meninas sujeitas à (in!)disciplina dos seus pais e da sua comunidade, para tornarem-se mães, remetidas à disciplina dos serviços qualificados. A distância, a impessoalidade e a ineficácia administrativa aparecem na atuação dos seus novos disciplinadores, desmascarando os limites inerentes no ambiente de proteção e proximidade disponíveis na sua comunidade, atendida pelo PSF. E nas dificuldades deste caminho o que se afirma é a condição social de pobre. A justificação precária de um risco biológico duvidoso, já entendido assim pelos médicos do PSF, pode inserir estas meninas num outro grupo, mais caracterizado por um risco social que um risco biológico.

Em toda esta naturalização do risco de meninas, os meninos se invisibilizam quase totalmente. Os rapazes são tratados por práticas de evitação e distanciamento por

entender que são associados à noção de perigo. Nas equipes de PSF entende-se que eles colocam a própria saúde e a de outros em risco, extrapolando limites restritos da área de atendimento em saúde. Como relatei em outro trabalho (Scott 2006) procura-se facilitar o atendimento rápido dos jovens para minimizar o risco a eles mesmos, às outras pacientes, e aos integrantes da própria equipe. São enxergados com um “risco” simplesmente por serem homens, jovens e pobres, independente de qualquer associação com o mundo da reprodução. Os esforços de integrá-los à experiência de parto, através da valorização da paternidade e do cuidado ainda se encontram incipientes. Como reporta o Instituto PAPAÍ (Lyra 1998 e www.papai.org.br), há uma receptividade de parte de algumas maternidades, mas ainda aparecem muitas barreiras para alcançar uma incorporação visível nos serviços.

As estatísticas sobre mortalidade revelam que a vitimização de jovens masculinos é muito alto. Esta realidade se traduz em discursos onde confluem relatos que ora os entendem como veículos, ora como vítimas da violência. Trabalho remunerado é pouco, a rede educacional de baixa qualidade não qualifica e pouco atrai como investimento, e algumas alternativas mais rentáveis envolvem a criminalidade. Muita gente da própria comunidade teme pelo presente e pelo futuro deles, de uma maneira muito matizada pela sua proximidade de parentesco e de convivência. Sendo de casa ou da vizinhança, espera-se deles ações de segurança aplicadas a favor das pessoas que lhes são próximos. Para ser um jovem respeitado e de casa, uma moeda importante do discurso masculino juvenil é, de mostrar, de um lado, conhecimento próximo e, de outro, repúdio à violência (Scott no prelo). Nesta labuta de identificar-se com a proteção mais de que com a ameaça, de ser mais uma solução que um risco ou uma vítima, estes jovens encontram pouco respaldo nas equipes de PSF. Por mais que o setor de saúde tenha incorporado a idéia de intersetorialidade ao seu discurso, a prática pouco permite. A enorme quantidade de atividades nas quais um equipe de saúde se envolve e o medo de estender-se demais, impedem que haja muitas atividades intersetoriais onde se percebe uma brecha para uma atuação junto aos jovens.

É este mundo de dúvida segurança, de risco social, que mais povoa as imagens populares, reforçadas constantemente pelos “articulistas” dos quais Heilborn fala. E é neste mundo, que também as adolescentes que se submetem ao “risco” de tornar-se mães

de pessoas que residem nestas comunidades inauguram o seu trajeto de disciplina extradoméstica por serem tratadas como “de risco” e por isso estarem sob o olhar vigilante de serviços de saúde, desde a descoberta da gravidez, até o exercício dos cuidados maternos. Aderir aos esforços do país de reduzir a mortalidade neonatal e infantil, é ultrapassar o terreno do biológico e entrar em redes sociais que constroem diferenças de gênero e de geração a partir da idéia de risco⁵.

Disciplinando ameaças através da saúde

Trabalhar saúde numa comunidade pobre requer uma dedicação e uma convicção profissional que valorize o combate ativo às desigualdades sociais. Envolve um sacrifício de tempo e de conforto cuja compensação vem em dosagens pequenas, acompanhada por frustrações diante das repetidas ocorrências de eventos para os quais não parece haver nenhuma forma de promover melhoras. É um trabalho humanitário que abre espaços para reforçar diálogos entre pessoas de origens sociais diferentes. Para muitos profissionais e trabalhadores em saúde, capacitados para o exercício de alguma função ou especialidade única, é um desafio lidar com a multiplicidade de demandas diferenciadas que um trabalho *territorializado* com uma população *adscrita* exige. A sensibilidade dos administradores centrais nacionais, bem como nas secretarias municipais descentralizados, oferece oportunidades para capacitações e cursos de especialização e aperfeiçoamento que abordam os novos saberes condizentes com a exigência do domínio da “alta complexidade tecnológica nos campos de conhecimento e de desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes”. Não é uma atividade para qualquer um.

Na equipe multiprofissional, somente as agentes comunitárias residem necessariamente nas comunidades atendidas. Os processos seletivos destes trabalhadores em saúde fusionam dedicação e reconhecimento na comunidade, interesse no assunto de saúde, e capacidade de aprendizagem através de treinamentos e habilitações realizados pelos administradores e profissionais em saúde e outros convidados. Os agentes comunitários encarnam a ambigüidade, pois são, simultaneamente, representantes da

⁵ Embora não se tenha feito referência ao autor Ulrich Beck (1997), e neste trabalho não há esta intenção, precisa se reconhecer o potencial do seu trabalho para agregar novas perspectivas às apresentadas neste trabalho.

comunidade, e funcionários da administração da saúde⁶. As tensões criadas por estar vivendo este papel ambíguo revelam outro lado do trabalho penoso e humanitário descrito acima. O PSF é um campo de encontro entre desiguais onde as desconfianças mútuas afloram. Algumas vezes as contradições são experimentadas abertamente, outras vezes aparecem na forma da imposição sutil da “violência simbólica” descrita por Bourdieu (1996, 1999) onde os dispositivos de controle e disciplina estão tão incorporados na prática que são tratados como naturais, tanto pelos que disciplinam, quanto pelos disciplinados.

Assim, identificam-se alguns assuntos adicionais abordados por profissionais de saúde e por moradores da comunidade no discurso sobre mortalidade infantil, onde riscos e ameaças que revelam a tensão do diálogo entre desiguais mostram como esta questão de saúde contribui para configurar noções sobre geração e gênero em comunidades pobres. É neste terreno que a idéia de risco descortina ainda mais as ambigüidades entre a noção restrita de “risco à saúde” orientadora de práticas e concepções no campo profissional, para uma noção mais nebulosa de “risco” que se apropria de interpretações variadas, sobre as conseqüências de aspectos da organização a social e a cultural da população atendida. Este terreno, ainda menos regulamentado que o terreno técnico nos manuais e apresentação de dados epidemiológicos sobre fatores de risco, abre um espaço que aporta significados que dão muito mais realce a preocupações decorrentes das posições de classe e de inserção profissional dos trabalhadores em saúde e do próprio sistema de serviços de atendimento. Independente das intenções, ideologias e práticas das pessoas que se envolvem neste campo, é um terreno que confirma e que disciplina a desigualdade.

Em alguma hora da sua experiência, todas as mães se encontraram imersas na complexa inter-relação entre instituições da rede de maior complexidade, mais capacitada para lidar com situações complicadas. As adversidades deste sistema para a usuária das classes populares terminaram por suplantar as questões de risco de acordo com as gerações, apresentando mais fortemente um quadro de responsabilização técnica e médica generalizada, independente da geração.

⁶ A luta pelo reconhecimento legal desta atividade é um capítulo aparte que realça a intenção inicial de precariedade dos vínculos institucionais dos elos economicamente mais fracos da cadeia de serviços. Grande parte do sucesso do PSF se deve a sensibilidade e ao suor destes trabalhadores.

O encaminhamento de uma grávida adolescente a hospitais de referência a põe em contato cedo com profissionais destes locais. Isto favorece o saber como e aonde proceder na hora do parto, mas retira a vigilância das equipes do PSF e cria um embate sobre quem é responsável sobre o acompanhamento. Quando o problema se agrava e os especialistas e as suas instituições são acionados, tanto profissionais do PSF quanto membros das redes familiares reclamam da perda do acompanhamento próximo representado por esta ação:

O pré-natal daquela gestante por exemplo no Centro de Referência, por que é pra gestante de alto risco, então eles assumem aquela mulher e aí a equipe, algumas equipes pode ter contato. Não procuram ver se está tudo bem ... o pré-natal, {se] ela passou alguma exame o que foi que ela fez. “Deixa ver se você fez,” por que é muito mais fácil uma equipe que está ali pertinho de casa estar acompanhado. Manda o agente de saúde ir lá, “olha vai lá, ver se ela fez mesmo” do que numa unidade do Referência, de que lá no centro da cidade que ela diz pra médica que fez e nunca leva o resultado, e vai passando um mês vai passando o outro, a médica lá não procura saber por que ela não voltou no outro mês, já no PSF não. ... se a médica está ali a enfermeira acompanhando “vá perguntar pra fulana,” se ela foi esse mês, “”cadê o cartão pra eu ver.” Fazer esse acompanhamento que é importante, dá essa assistência a ela, né. (Profissional de Saúde)

A própria credibilidade do sistema público de serviços está posta em xeque. Erros médicos e de diagnósticos e demoras excessivas na entrega de exames afastam muitas usuárias das equipes de PSF e dos hospitais públicas, reforçando uma desconfiança generalizada de ineficiência desta atenção. Isto leva alguns usuários, quando possível, a investir em acesso a redes particulares. A capacidade de acionar um exame ou atendimento particular é um emblema de capital social para os residentes de comunidades de classes populares. Comunica acesso ao que é disponível somente a quem pode pagar, proveniente de inclusão em empregos que oferecem planos de saúde, ou da boa administração de futuros mães e pais dos seus ganhos reduzidos. A duvidosa qualidade de alguns dos atendimentos e análises particulares parece ser um preço baixo a pagar diante do fato que se pode receber rapidamente ter um resultado e pronunciamento nas mãos,

seja sobre alguma patologia suspeita, seja sobre a tão desejada antecipação de informação sobre o sexo do filh@ esperad@.

Elas ficam ansiosas quando vão fazer o ultra-som que não consegue ver o sexo. Às vezes querem fazer ultra-som até descobrir o sexo. Ai eu explico que o ministério preconiza sobre o ultra-som só se tiver algum problema é que a gente pede mais, então passam a fazer particular. Elas fazem pra descobrir o sexo pra saber o nome. Eu pergunto e já começo a trata a barriga pelo nome (Profissional de PSF)

Me disse um monte de coisa para eu tomar uma vergonha na cara, mas aí eu fiz os exames todinhos e não deu nada. Fiz exame de rubéola, fiz exame de hepatite, olhe, o que você imaginar de exame ela passou para mim, é uma ótima doutora. Então não deu nada os meus exames. Ficou tudo normal. Só continuei com a vitamina, porque eu tinha perdido peso aí eu continuei com a vitamina até o parto. Quando foi no parto, eu fui numa clínica... Que a Doutora daqui que fez o meu pré-natal trabalhava de noite na *SL*. Porque o meu pai trabalhava na *empresa* e eu ainda, quando eu tinha os meus dezoito anos, era pela *fundação da empresa*. Aí eu fui, eu ia fazer dezenove anos aí eu fui para clínica. (Mãe)

O governo mesmo faz alguma coisa, porque às vezes quando ela estava grávida, ia numa maternidade era bem atendida, a outra não era, ..., aí ia num outro lugar, e o outro lugar aí mandava para outra maternidade, chegava lá era bem atendida e na outra não era tão bem atendida assim, porque faltava maquinas, ... eu trabalhando pegava o dinheiro para pagar a ultra-som. Porque ia numa maternidade estava quebrado ia na outra, porque tinha que marcar uma consulta dois, três dias após ou mais, ou seja, você vê que uma pessoa está passando mal, sentindo dores, você não vai esperar pelos dois ou três dias para fazer né? Aí, às vezes tinha, quando eu estava com dinheiro, uma condição melhor aí pagava para fazer, ... tudo particular. É verdade, sorte é que eu trabalho e dá para pelo menos tirar algum dinheiro para a gente pagar algumas coisas, porque se for depender do sistema único de saúde vai esperar muito. Tem pessoas aí que marca uma consulta no dia dois e vai ser atendido no dia quatro do outro mês que vem. E for, se a pessoa tiver seriamente com uma doença séria ela vai morrer, durante esse mês que está passando vai morrer.

O alívio da inexistência de um problema, ou a confirmação da preocupação se torna uma arma para criticar o descaso das demoras e desinformações no sistema público.

Por mais que os setores competentes dos serviços públicos reclamem sobre a precariedade técnica desta via de atendimento, a riqueza de relatos horripilantes sobre o atendimento público disponíveis das mais diversas fontes constantemente lembram às classes populares de como o contato com o sistema de saúde confirma desigualdades e desrespeito aos pobres

Primeiro não era pra ele ter tido alta de jeito nenhum, eu acho que ele não tinha condições de ir para a casa por causa do peso dele todinho essas coisas. Segundo quando ele foi socorrido era pra ter sido mais rápido o atendimento mais não, ficou um discutindo com o outro lá e o menino morrendo. Terceiro se ele tivesse ido para UTI ele poderia até ter tido alguma chance, mas como não foi, foi muito erro do hospital assim, mas se tivesse prestado mais atenção ele tinha vivido. Depois que o menino tava morrendo é que foi tudo pra cima né?! Só pra dizer que foi eu acho. (mãe)

A sobrinha, é prima dos meus filhos, né sobrinha do meu marido ai ela foi quando chegou lá, fez fizeram foi parto normal deixaram um monte de algodão dentro e ela teve uma hemorragia mais era tanto sangue que diz, um problema sério depois botaram a mão pra tirar aquilo ali foi uma hemorragia sei que a menina quase que morria fizeram o parto e esqueceram quando viram ela tava se esvaindo-se de sangue ai assim a pessoa tem que ter muito cuidado assim quer dizer se tiver tudo bem mais a pessoa tá procurando, procurando sem ter um plano de saúde sem ter nada, né eu mesmo hoje morro de medo quando eu vou. (acompanhante, irmã de uma mãe)

“aconteceu uma cena que eu fiquei horrorizada, né, que não é só eu (...) um médico lá ai tinha um monte de ... estagiários que tinha lá e daí ele que tinha que passar o serviço para aquele outro...E ensinar a eles como era e de repente esse senhor começou a dizer, sentado no biró sentou no biró e começou a falar, certo, ...ele disse que deixou o ferro ai ele disse que deu uma dor de barriga nele e ele saiu pro banheiro agora isso ele não tava contando como exemplo por que os acadêmicos pra que os estudantes não cometesse o erro ele não tava, ele ria tanto que ele tem um negócio assim parece sei lá uma ronxa no rosto assim, uma coisa vermelha ai que aquele negócio sobressaia, o homem ria pra se acabar sobre o que aconteceu com a mulher... ela não tá conseguindo andar quando eu olhei pra mulher tava andando assim toda dura assim com um ferro dentro dela.... ai eu fui tirei a... ria tanto que se acabava. Isso os estagiários que ia atender aquele pessoal que tava ali naquele lugar. ... e outro, foi o

senhor que me operou, mas não morri, mas fiquei aleijado e qui, qui, qui e ca, ca, ca ...se o professor tá me ensinando dizendo uma coisa dessa e rindo que dizer que ... é normal fazer assim com os pacientes! (acompanhante, irmã de uma mãe)

Na questão de acesso a atendimento, não é clara a relação, com a idade da mãe, mas ressalta-se que depende mais das condições do parceiro, e os discursos de senso comum estão repletos de alusões (nem sempre confirmadas nos casos que se acompanhou nas pesquisas que embasaram este trabalho) de adolescentes cujos parceiros são incertos ou múltiplos. Há uma certa contaminação da idéia da ameaça que os homens jovens oferecem, na elaboração de uma imagem de mães adolescentes. Em conversas cotidianas, esta percepção de uma “desorganização conjugal”, martelada por referências a mães solteiras e responsabilidades que serão assumidas por avôs, faz parte da criação de uma representação das classes populares perigosas. Passa por cima da particularidade das trajetórias de adolescentes que almejam e conseguem na gravidez a construção de um plano de vida que se associa ao envolvimento dos seus parceiros. A adolescente se torna de maior “risco” porque não reproduz o modelo idealizado de família conjugal das camadas médias, (ver Scott 2006 em Vilella e Barros), como se verifica neste trecho de um grupo de discussão de agentes comunitárias que focaliza em quem disciplina a prática das jovens.

ACS 1: Hoje tem adolescente que está engravidando para ter a liberdade, e segurar o namorado, em relação a minha área, que o índice de adolescente grávida na minha área é abaixo e hoje eu tenho o que?! Quatro adolescentes grávidas na minha área uma coisa que eu não vi, eu percebi quando uma engravidou as outras quiseram engravidar também. Quer dizer as quatro acharam bonito, teve até quem colocou que queria engravidar por que queria manter a liberdade,

ACS 2: Talvez feliz sim, porque pra ela, ela conseguiu se livrar de responsabilidades dentro de casa, se livrarem das ordens da mãe do pai, só que quando ela chega perto de parir, e depois que vem a parir, ela percebe que a responsabilidade dela não diminuiu, ela triplicou. Ai assim algumas que na minha área não tenho visto isso tenho entre aspas notado a rejeição, mas ele fica entre aspas frustrada, pensa que vai se libertar é aquela coisa a fase da adolescência você quer ser dono do mundo. Você acha que aquilo ali é uma saída pra tudo, só que quando você vai ver vai cair na real aquilo ali não é sua saída. Quando os pais ajudam tudo bem. Quando os avôs dizem eu criei assim, você vai criar

assim. Quer dizer que ele não tem nem como desenvolver seu estímulo de mãe. Tem avó que é assim, o agente de saúde chega fala “amamentação,” a avó chega e diz “que nada”, criei foi dez filhos com mingau de farinha e a mãe vai seguir a orientação do agente de saúde ou da própria mãe? A gente vai lá uma vez por mês.

ACS 3: Tinha uma que a mãe perturbava tanto a filha pra dar mingau que a menina chorava, queria dar no peito, mas a mãe não deixava...

ACS 4: Até porque o índice de avós que viram mães são muito alto a maioria de cada casa tem uma avó que tem dois filhos ou três que virou mãe que a menina teve menino e continuou dentro de casa.

ACS 2: A avó que dita as regras da criação e tudo, a mãe não opina...

ACS 1: Só faz obedecer...

ACS 5: Eu acho que ela se sente até machucada, “oxente eu sou a mãe e não vou criar meu filho”.

ACS 2: E algumas até aproveitam pra ter mais filhos né?!

ACS 5: Vou ter mais mamãe é que cria.

E também nas idéias que orientam e prática de uma profissional integrante de uma equipe de PSF quando ela organiza as suas orientações para a adolescente grávida:

... A gente também tenta batalhar bastante na questão do aleitamento materno. A gente tenta mostrar que não é bom só para criança, mas para ela também - a questão do sangramento, pós parto, reduzi-lo mais rapidamente se elas estiverem amamentando. Então a gente tenta mostrar o lado da vida que elas desconhecem completamente algumas. ... Já ouviram falar, outras chegam completamente leigas no assunto. Não sabem de nada. Engravidaram até por acaso, por que não procurou o serviço antes pra se proteger quanto a uma gravidez indesejada, quanta alguma DST. Muitas não tem, assim um conhecimento. Tem de amiguinhas. ... ainda não conseguimos formar um grupo de adolescentes já justamente para falar um pouco mais sobre as questões da gravidez na adolescência né? Dos anticoncepcionais, agente esbarra um pouco nas mães ... algumas mães não gostam, mais elas deixam as adolescentes vim. A dificuldade maior é não ter espaço, não tem local aqui no posto, às vezes agente consegue a igreja! Mais assim, a igreja não é muito de acordo que agente fale de método anticoncepcional, ai fica difícil, né!

Se o PSF tenha sido muito bem aceito pela população, é também importante mencionar que o excesso de famílias sob a responsabilidade de cada agente de saúde e, por extensão, de equipes inteiras prejudica o acompanhamento individualizado preconizada pela Estratégia, e certamente é um fator que afasta as mães do serviço. A

falta de espaço (físico e temporal) para dedicar atenção às adolescentes se encaixa neste problema e é frequentemente reclamada pelos profissionais.

Mesmo que haja passado mais que uma década com a alta prioridade atribuída à redução da mortalidade infantil e os resultados são positivos e ocorrências são de notificação obrigatória, ainda se evidencia a insuficiência das formas de registro e de investigação de casos ocorridos para verificar as condições em que se deram. Em 2005 e 2006 a Prefeitura do Recife estava muito empenhada na plena expansão da cobertura de investigações caso por caso de mortes no primeiro ano de vida. Este esforço descobriu algumas lacunas das coletas feitas até então, resultando em “mutirões” para documentar em fichas especiais estas ocorrências. Esta intensificação por mutirão, se de um lado criou um acervo sistematizado de informação antes inexistente, na prática resultou num problema de registros sumários de óbitos ocorridos meses ou mesmo anos anteriores, que omitem informações importantes sobre os casos.

Entre outros dados, os mais omissos têm sido a idade da mãe. Os casos omissos são casos que evidenciam alta mobilidade residencial de mães que perderam filhos, e seria muito importante ter informações sobre a relação de mortalidade com a de geração. Como os sistemas judicial e financeiro estão fartos de comunicar a todos, a falta de um endereço fixo gera uma desconfiança sobre o capital social de quem muda de endereço. No caso, a demora em registrar mais detalhes sobre os casos de mortalidade infantil e neonatal, intensifica a sensação de mobilidade como um fator de risco.

Controlar a mobilidade da população historicamente tem sido um grande desafio que incomoda aos representantes do Estado. No dia a dia das equipes do PSF, com definições territorializadas, o jogo de atribuição das responsabilidades pela muito indesejada morte infantil passa por repetidas críticas aos residentes (especialmente às mães grávidas) por trocarem de residência durante a gravidez, complicando a continuidade do atendimento. Vira uma disputa de disciplina e responsabilidade entre sistemas de parentesco e serviços de Estado, pois muitas jovens correm para o lado dos pais que podem residir em outra “área adscrita”. Elas, a procura da segurança oferecida por suas redes de apoio familiar verticalizadas que valorizam a atuação de mães, pais, tias e avôs, são problemáticas para os seus “cuidadores” profissionais cujas reputações de competência estão em jogo. Por isso, em muitas áreas adscritas, quando se sabe que quem

está grávida na comunidade é uma adolescente, a equipe obedece à preferência de envolver a médica mais intensivamente nos atendimentos de pré-natal, imprimindo a preocupação sobre a sua condição ainda mais, passando a atenção a ela para o pináculo da autoridade sanitária intra-equipe.

Já as mães adultas, tratadas como experientes, não despertam tanta atenção. Estas, no entanto, evidenciam redes com um número significativamente menor de integrantes, composta principalmente de maridos, irmãs, comadres e colegas. Não é frequente disporem de mães ou pais próximos em condições de compor uma rede de apoio. Numa terminologia descritiva da estrutura de redes para estas mães adultas, pode-se dizer que há uma horizontalização da rede e uma nuclearização em torno da vida familiar mais restrita. Especialmente quando as mulheres ultrapassam 35 anos estas mulheres “mães experientes” somente chamam atenção quando os sintomas do desgaste corporal proveniente do seu trabalho e da sua história reprodutiva se manifesta em patologias identificadas pelas normas seguidas pelos profissionais de saúde, como grávidas de risco. Em outras palavras, a perspectiva biológica sanitária retoma a sua importância e a ameaça da periculosidade e da desordem social, se não eliminadas, fica bastante amenizada.

O contraste com a imagem da mãe jovem é marcante. Num grupo de discussão onde a fusão dos olhares da comunidade e dos serviços aparece na fala de agentes comunitárias, que trocando opiniões, retratam as adolescentes como “mães precárias”, demonstrando uma aceitação, tácita ou não, dos riscos biológicos própria do olhar disciplinar, misturando-as com riscos provenientes de muitas outras fontes além daquelas que visam simplesmente a saúde do bebê e da mãe. Elas falam da precocidade do desenvolvimento corporal, do início tardio dos atendimentos de pré-natal, do desconhecimento e inabilidade nas práticas de aleitamento, mas foram bem mais longes, identificando outros elementos que compõem o realce principal do risco que a adolescente grávida apresenta. Alguns mencionam que as adolescentes que engravidam apresentam maior pobreza, falta de presença de pais, indefinição de endereços e excesso de mobilidade, pouca experiência e o não saber cuidar, desconhecimento de sintomas patológicos próprios e do bebê. Elas são ainda mais susceptíveis à tendência a aceitar a sugestão das suas mães de abandonar a amamentação exclusiva, e acenam com a maior possibilidade de abandono ou adoção de filho contemplando e a possível necessidade de

acionar conselhos tutelares, para disciplinar estas mães. E, com isso tudo, ainda tem o costume muito prejudicial de usar roupas muito justas!

Um comentário para encerrar: Riscos, geração, gênero e desigualdade social

O emprego por profissionais de um discurso técnico e medicalizante sobre o risco de mortalidade infantil entre mães adolescentes embasa a elaboração de outro discurso sobre a inserção no meio social que identifica riscos de mães adolescentes entre outros fatores “socioeconômicos e culturais”. Há uma oscilação, ou melhor uma polissemia, que caracteriza a própria compreensão sobre qual o risco que se está falando: o risco tecnicamente mais estreita sobre a saúde do bebê e da mãe ou o risco da interação entre desiguais. O discurso, presente entre os profissionais, também se produz entre os residentes das próprias comunidades, e o trabalho solidário de saúde revela, inevitavelmente, o seu lado fixador e disciplinador de diferenças sociais e desconfianças mútuas. Procura-se um maior controle sobre as adolescentes, e este maior controle também implica num maior controle sobre os pobres e uma busca de distância dos riscos associados ao mundo masculino juvenil. Os jovens masculinos vivem num mundo de riscos que os leva a atendimentos urgentes nos hospitais, mas em outras frentes os afasta da disciplina sanitária. A complexidade da compreensão de fatores causais do risco para eles os classifica numa zona nebulosa de *intersectorialidade* mal resolvida, onde os diversos órgãos governamentais que lidam com jovens ainda procuram um terreno comum que promova ações articuladas a favor deles, sem que seja claro quem está disciplinando estes, protagonistas potenciais dos seus próprios destinos.

Os riscos à saúde de mulheres, no contexto de mortalidade infantil, remetem à saúde associada à reprodução, evidentemente. Mas a sensação de risco, de e para, elas vai muito além desta esfera restrita. Constantemente são remetidas à sua condição de desiguais, excluídas e prejudicadas por fazer parte de uma população que é visto como ameaça a outras classes e como desafio a administradores do Estado. As mães e as famílias, mesmo quando elogiam os esforços dos profissionais, são muito mais contundentes na localização dos seus riscos nas falhas assistenciais, falhas essas que se conjugam com uma série de outros fatores para identificar novos riscos muito

contundentes par quem é pobre. É preciso investigar muito mais para relacionar as implicações desta diferenças para a vulnerabilidade de adolescentes à mortalidade infantil. Também é preciso desenvolver espaços que integram mais eficientemente as equipes de PSF, permitindo a elaboração de ações junto às adolescentes nas suas áreas, corrigindo distorções na composição das equipes e melhorando os sistemas de referência e contra-referência com as maternidades das unidades de mais alta complexidade. .

Resumindo, a interpretação da apresentação de dados epidemiológicos, a ambigüidade das normas que definem o que é um risco, e, acima de tudo, a observação e entrevistas com mães que perderam seus bebês durante o período neonatal e com grupos de profissionais provenientes de duas áreas atendidas por equipes da Estratégia de Saúde da Família no Recife, desvendam uma relação complexa entre gênero, geração, desigualdade e risco. As propostas diferentes de disciplina apresentadas pelas mães e suas redes, de um lado, e pelos profissionais, de outro, revelam as origens sociais e culturais de um discurso de risco. O risco é situado fortemente em associação às condições gerais de construção plural de famílias das classes populares lidando com as poucas possibilidades de ascensão social

A mortalidade infantil faz parte dum contexto comunitário maior onde programas governamentais, e hierarquias de classe convergem para construir um discurso no qual o gênero afeta a elaboração de uma idéia diferenciada de risco para jovens homens e jovens mulheres, bem como entre gerações de mulheres. A inserção no mundo de reprodução perdura como um mundo de referência feminina, mas sempre é matizado pela sua associação com outros mundos de referência que caracterizam profundas desigualdades que perduram na sociedade contemporânea.

Referências Citadas

AYRES, José Ricardo. Vulnerabilidade e Aids: para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico DST-AIDS*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 2-4, 1997.

BECK, Ulrich “A reinvenção da política: Rumo a uma teoria da modernização reflexiva”, In: *Modernização Reflexiva - Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna* (U. Beck, A. Giddens & E. Lash, org.), pp. 11-71, São Paulo: Editora Unesp.

BOURDIEU, Pierre, *Razões práticas*. São Paulo, Papirus. 1996

_____. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Normas e diretrizes: Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, MS. 1994

_____. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

BUTTO, Andrea & SILVA, Josineide de Menezes. “Representações sociais da sexualidade na adolescência e os serviços de saúde em São Domingos, BMD”, *Revista Antropológicas*, 2 (Série Família e Gênero), Recife, PPGA-UFPE., 1999.

CARVALHO, Patrícia Ismael de, Melissa Honorato PEREIRA, Paulo Germano de FRIAS, Suely Arruda VIDAL, José Natal FIGUEROA, “Fatores de Risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos”, *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde* 16 (3): 185-194, julho-setembro, Ministério de Saúde, Brasília, 2007.

HEILBORN, Maria Luiza (org.) Edição sobre Juventude, sexualidade reprodução *Cadernos de Saúde Pública*, vol 22, No. 7, Rio, FIOCRUZ 2006.

LYRA, Jorge “Paternidade Adolescente: da investigação à intervenção”, In ARILHA, Margareth, RIDENTE UNBEHAUM, Sandra e MEDRADO, Benedito Homens e Masculinidades: outras palavras. São Paulo, ECOS/Edições 34, 185-214, 1998.

SCOTT, Parry, “Transição política e a agenda de programas de saúde reprodutiva em regiões de periferia Nacionais: O caso do Nordeste Brasileiro,” em OLIVEIRA, M C de et. al. (orgs) Saúde Reprodutiva Na Esfera Pública e Política na América Latina, Campinas: NEPO, 2000

_____. “Quase adulta, quase velha: porque antecipar as fases do ciclo vital,” *INTERFACE: Comunicação, saúde, educação*, vol. 5, nº. 8, Fundação UNI-Botucatu, Botucatu, 61-72, 2001.

_____. “Gênero, família e comunidades: Observações e aportes teóricos sobre o Programa saúde da Família”. In: VILELLA, Wilza e MONTEIRO, Simone (orgs.). *Gênero e saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva; Brasília:UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005

_____. “Gerações, comunidades e o Programa Saúde da Família: reprodução, disciplina e a simplificação administrativa.” In: BARROS, Myriam Lins de (org). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006

_____. “Relatos de violência e masculinidade juvenil”. (manuscrito para livro editado por Marion Teodósio de Quadros e Liana Lewis, UFPE) no prelo.

VIDAL, Dominique, *La politique au quartier. Rapports sociaux et citoyeneté*. Editions de la Maison de Sciences de L’homme, Brasília, Paris/ 1998.

VILELLA, Wilza e MONTEIRO, Simone (orgs.). *Gênero e saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva; Brasília:UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005

Reportagens e Páginas WEB

“Mortalidade infantil é a menor da história” e “Brasil pode atingir meta da redução antes do prazo” *Jornal do Comércio*, 14 de setembro de 2007, página 12, Recife.

“Child deaths fall below 10 million for first time”, www.unicef.org) acessado em 14 de setembro de 2007

“Evolução da mortalidade infantil no Brasil” e “” Uma análise dos nascimentos no Brasil e Regiões” http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24437 acessado em 15 de setembro de 2007.

“O mal estar brasileira não é responsabilidade das meninas pobres” por Maria Luiza <http://clam.org.br/publicue>, acessado em 15 de setembro de 2007.