

Emily Oster

**O guia
da grávida
bem
informada**

**POR QUE A SABEDORIA
CONVENCIONAL SOBRE
A GESTAÇÃO ESTÁ ERRADA
E O QUE VOCÊ REALMENTE
PRECISA SABER**

“Para mães curiosas cujos médicos se limitam a proibir prazeres cotidianos sem base na ciência.”

THE NEW YORK TIMES



SEXTANTE



*À minha doce Penelope, que inspirou este livro,
e à minha mormor, que teria adorado conhecê-la.*

ADVERTÊNCIA

Este livro expressa as opiniões pessoais da autora, uma conceituada economista que apresenta aqui suas conclusões a partir da análise de numerosos estudos científicos. Ele não é um manual médico nem substitui consultas regulares ao obstetra. Todas as decisões relativas à gravidez no âmbito da saúde devem ser discutidas entre a gestante e o profissional médico que a acompanha.

Apresentação

Quando a professora de economia Emily Oster engravidou pela primeira vez, sua obstetra – provavelmente uma ótima profissional – fez o que todos nós, médicos, fazemos com nossas pacientes: explicou o que a gestante pode ou não fazer durante a gravidez. Emily, especialista em análise de dados, começou então a bombardeá-la com perguntas. Depois passou horas a fio avaliando as recomendações médicas mais comuns, vasculhando os dados, examinando quais deles eram ou não confiáveis e tirando as próprias conclusões. Foi assim que nasceu este livro.

Confesso que só soube dele quando uma paciente me indicou a leitura. Disse que parecia ter saído da minha boca. Afinal, também tento me basear em evidências ao fazer recomendações às grávidas, e muitas vezes discordo da sabedoria convencional. Li o livro e adorei. Soube na hora que seria um divisor de águas. Emily acertou em cheio. Suas análises e conclusões vão direto ao ponto, e a escrita é ao mesmo tempo divertida e fácil de entender. Como médico, posso afirmar com toda a certeza que os livros que escrevemos raramente são divertidos e poucas vezes são compreensíveis.

Emily e eu escrevemos um artigo juntos, trocamos muitos e-mails e, quando comecei meu podcast, *Healthful Woman*, ela foi minha primeira convidada. Recomendo este livro a todas as minhas pacientes e não me recordo de uma única pessoa que não o tenha considerado útil. Veja bem, o livro não substitui o acompanhamento médico, mas permite que as mulheres cheguem à consulta muito bem informadas para que as conversas sobre a gestação ocorram em um nível mais elevado. A leitura não é útil apenas para gestantes, mas também para médicas e médicos.

Se você está grávida ou pensa em engravidar, sugiro que leia este livro. Você pode se surpreender com algumas das conclusões aqui apresentadas, pois nem sempre coincidem com informações disponíveis na internet, em outros livros ou mesmo com o que seu médico lhe disse. Leia com a mente aberta. Examine os dados e julgue por si mesma se as conclusões de Emily fazem sentido. Ou simplesmente acredite no que eu digo: elas fazem todo sentido.

DR. NATHAN FOX

Obstetra e Especialista em Medicina Materno-Fetal

Professor Clínico na Escola de Medicina Icahn do Hospital Mount Sinai,
em Nova York

Apresentador do podcast *Healthful Woman*

Prefácio

A primeira edição deste livro foi publicada em 2013. De lá para cá, muita coisa mudou na minha vida. Nossa filha, na época com 2 aninhos, está prestes a completar 13 e tem um irmão mais novo. Mudamos de casa quatro vezes, e tanto meu marido quanto eu trocamos de emprego. Depois deste livro, veio outro, *Cribsheet*, e em seguida mais um, *The Family Firm*.

Para mim, uma das grandes alegrias na última década tem sido dialogar com gestantes. Quando escrevi o livro, não tinha como prever o privilégio que é estar presente em uma fase tão íntima da vida das pessoas. Várias mulheres (ou seus parceiros) me escrevem palavras angustiadas após um aborto espontâneo – e um ano depois me enviam fotos de bebês. As pessoas me fazem perguntas sobre testes genéticos e sobre os riscos de viajar de avião e de praticar jardinagem. Compartilham questionamentos, frustrações, tristezas e, principalmente, alegrias. Essa incrível e curiosa comunidade de leitores me ajudou a fazer desta obra um livro melhor.

Em mais de uma década, os dados também mudaram. Não tão rápido quanto se poderia imaginar, mas o tempo todo surgem novos estudos que, às vezes, nos fazem recapitular o que sabemos ou nos permitem examinar novos tópicos. Atualizei este livro várias vezes ao longo dos anos, de modo a refletir novas informações sobre testes genéticos e outros assuntos. Mas já era hora de uma revisão maior.

O que há de novo aqui? Primeiro, acrescentei algumas seções. Uma delas é sobre cuidados com a pele – tratamentos para acne, esfoliantes e assim por diante. Está tudo lá, no Capítulo 9. Acrescentei também uma discussão sobre o consumo de maconha na gravidez. Quando a primeira edição do

livro foi lançada, o uso recreativo da maconha era ilegal. Por isso, poucas pessoas faziam perguntas sobre o assunto, e os dados eram escassos. A legalização parcial trouxe consigo muito mais pedidos de informação e esclarecimentos. Confira o Capítulo 4, que apresenta um resumo. Também falei mais sobre aborto espontâneo, especialmente sobre as opções para quem passa por isso.

Em segundo lugar, reformulei parte da discussão sobre o parto, pensando em facilitar as decisões (é o que espero!). Novas evidências sobre parto induzido transformaram um pouco o cenário, e muitas mulheres pediram uma discussão mais abrangente sobre cesarianas. Está tudo aqui!

Por fim, há dados novos! Por exemplo, sobre dormir de bruços (adianto que não há problema). E ótimas informações sobre a duração do trabalho de parto e como isso varia de uma mulher para outra.

Mesmo com tantas mudanças, boa parte do livro continua igual, como a discussão sobre o consumo de sushi, frios e embutidos, por exemplo, e os dados sobre café (continua liberado!).

Escrevi este livro em parte pela frustração de não conseguir acesso às evidências que queria para tomar as melhores decisões quando engravidei. Então o que mais desejo é que os leitores encontrem os dados de que necessitam para embasar suas decisões.

Introdução

No segundo semestre de 2009, eu e meu marido, Jesse, decidimos ter filhos. Nós dois éramos professores de economia da Universidade de Chicago. Estávamos juntos desde o primeiro ano da faculdade e casados havia quase cinco anos. Jesse estava perto de conseguir estabilidade no emprego, e meu trabalho ia muito bem. Eu estava prestes a completar 30 anos.

Sempre tínhamos pensado em formar família, e a conversa foi ficando cada vez mais séria. Em uma manhã de outubro, fizemos uma longa corrida juntos e no fim decidimos que estávamos prontos. Ou, pelo menos, que provavelmente não havia mais o que fazer para nos prepararmos melhor. Demorou um pouco, mas cerca de 18 meses depois nasceu nossa filha, Penelope.

Eu vivia imaginando como a gravidez afetaria meu emprego – as pessoas contam todo tipo de história sobre o “cérebro de grávida”, falam em afastamento de semanas (ou meses!) do trabalho por causa do enjoo matinal. Tive sorte, pois para mim não fez muita diferença (já o parto foi outra história).

Mas não passava pela minha cabeça aplicar na gravidez as ferramentas do meu trabalho como economista. Apesar do título de doutora que às vezes uso na frente do meu nome, não sou médica, muito menos obstetra. Ao ler a palavra “economista”, talvez você pense em Jerome Powell presidindo o banco central americano ou em executivos analisando derivativos financeiros no Goldman Sachs. Aposto que você não procuraria Alan Greenspan para receber conselhos sobre gravidez.

Mas a questão é que as ferramentas da economia acabam sendo extremamente úteis para avaliar a qualidade da informação em *qualquer* situação.

Os princípios fundamentais de tomada de decisão dos economistas podem ser aplicados em todos os lugares. *Em toda parte*. Inclusive na gestação.

Quando engravidei, logo aprendi que existe muita informação sobre gravidez e inúmeras recomendações. Entretanto, nem todas as informações e recomendações são boas. A qualidade das informações varia, e as recomendações muitas vezes são contraditórias e até irritantes. No fim das contas, na tentativa de realmente descobrir a verdade e tomar as decisões certas, enfrentei o problema da mesma forma que faria com qualquer outro: com meus conhecimentos de economia.

Antes em Chicago e agora na Universidade Brown, dou aula de Introdução à Microeconomia. Meus alunos provavelmente diriam que o objetivo da minha aula é torturá-los com cálculo. Na verdade, meu objetivo é um pouco mais grandioso: quero ensiná-los a tomar decisões. Em última análise, microeconomia é isso: ciência da decisão – uma forma de estruturar o pensamento para fazer boas escolhas.

Tento ensinar que tomar boas decisões – nos negócios e na vida – requer duas coisas. Primeiro, é preciso ter todas as informações sobre a decisão – os dados certos. Depois, é preciso pensar na maneira correta de ponderar as vantagens e as desvantagens da decisão (o que em sala de aula chamamos de *relação custo/benefício*) para cada pessoa envolvida. O segredo é que, com os mesmos dados, essa segunda parte – a ponderação dos prós e contras – pode gerar decisões diferentes para pessoas diferentes. Pode ser que elas não valorizem as mesmas coisas.

Meus alunos se interessam mais por aplicações relacionadas a negócios. Querem respostas para perguntas como: devo adquirir essa empresa ou não? Peço a eles que comecem pelos números: quanto dinheiro essa empresa gera? Quanto você espera que vá gerar no futuro? Esses dados constituem a parte informativa da decisão.

Uma vez de posse dessa informação, eles podem ponderar as vantagens e as desvantagens. É aqui que às vezes tropeçam. A vantagem de comprar, evidentemente, são os lucros que a empresa vai gerar. A desvantagem é que eles terão que abrir mão da opção de comprar outra coisa. Talvez uma empresa melhor. No final, a decisão se baseia na avaliação dessas vantagens e desvantagens *para cada um deles*. É preciso descobrir o que mais poderiam fazer com o dinheiro. Tomar essa decisão corretamente

exige muita reflexão sobre a alternativa, e a resposta não será a mesma para todos.

Bem, a maior parte das pessoas não dedica muito tempo à compra de empresas. (A bem da verdade, também não tenho certeza se é isso que meus alunos levam do meu curso – recebi recentemente um e-mail de um estudante relatando que aprendeu, nas minhas aulas, que deveria parar de beber se não estivesse gostando da cerveja. Esta é, na verdade, uma boa aplicação do princípio dos custos irrecuperáveis, talvez até o foco principal do meu curso.) Assim, o conceito de um bom processo decisório vai muito além dos negócios.

Na verdade, uma vez que internalizamos o processo decisório em economia, começamos a vê-lo em toda parte.

Quando Jesse e eu decidimos ter filhos, eu o convenci de que tínhamos que sair do nosso apartamento, no terceiro andar de um prédio sem elevador. Seria complicado subir com um carrinho de bebê. Ele concordou, desde que eu estivesse disposta a procurar um novo lugar para morarmos.

Comecei as buscas em algum momento de fevereiro, em Chicago, e caminhei muito na neve, visitando 15 ou 16 casas aparentemente idênticas. Quando enfim encontrei uma que parecia ligeiramente melhor que as outras, começou a parte mais divertida. Tínhamos que tomar uma decisão sobre quanto oferecer pelo imóvel.

Seguindo a lição que eu ensinava aos meus alunos, começamos com dados: tentamos descobrir o valor de mercado daquele imóvel específico. Não foi muito difícil. A casa tinha sido vendida antes, em 2007, e encontramos o preço na internet. Tudo o que tínhamos que fazer era avaliar o quanto os preços haviam mudado em dois anos. O mercado imobiliário vivia uma crise na época – todos estávamos cientes, ainda mais nós, que éramos economistas –, por isso sabíamos que os preços haviam caído. Mas quanto?

Se quiséssemos descobrir mais sobre as alterações de preços em Chicago, poderíamos usar o índice Case-Shiller, uma medida comum de valores de imóveis. Mas o índice se aplicava à cidade inteira, não apenas ao nosso bairro. Existiria outra solução melhor? Encontrei um site que oferecia serviços no ramo imobiliário e fornecia gráficos simples mostrando as variações de preço por bairro. Só tínhamos que pegar o preço antigo, identificar a alteração esperada e chegar ao nosso novo valor.

Bem, essa foi a etapa dos dados. Mas ainda não era o fim da linha. Para tomar a decisão certa, ainda precisávamos da etapa de vantagens e desvantagens. Precisávamos avaliar até que ponto *gostávamos* do imóvel em comparação aos outros. Conhecíamos o preço de mercado da casa, ou seja, o que outras pessoas estariam dispostas a pagar por ela. Mas, se achássemos aquele imóvel especial, perfeito e ideal para nós, provavelmente gostaríamos de oferecer *mais* do que acreditávamos valer no mercado – estaríamos dispostos a pagar algo extra porque nossos sentimentos em relação ao imóvel seriam muito fortes.

Não existiam dados que pudessem fundamentar essa segunda parte da decisão; era uma avaliação pessoal. No fim, acreditamos que, para nós, a casa era muito semelhante a todas as outras. Oferecemos o preço que consideramos justo, mas nossa proposta foi recusada. (Talvez tenha sido por causa do comparativo de preços que enviamos com a proposta. Não sei.) Acabamos adquirindo outro imóvel do qual também tínhamos gostado.

Mas isso foi o que aconteceu com a gente. Alguns meses depois, um de nossos amigos se apaixonou por uma casa em particular. Achou que aquele imóvel era uma opção única, perfeita para ele e a família. No fim das contas acabou pagando um pouco mais do que os dados sugeriam. É fácil entender por que essa também é uma decisão certa – desde que usemos o processo de decisão do economista.

Como digo aos meus alunos, esse processo não é apenas um jeito de tomar decisões. É o jeito *certo*.

Portanto, quando engravidei, é claro que pensei que era assim que o processo decisório na gravidez funcionaria. Vejamos o caso da amniocentese. Imaginei que minha médica começaria me apresentando prós e contras para tomar essa decisão. Diria que a vantagem do exame é que se pode obter muitas informações sobre o bebê; a desvantagem é que há risco de aborto espontâneo. Ela me daria os dados de que eu precisava. Ela me explicaria quantas informações adicionais o exame forneceria, bem como o risco exato de aborto espontâneo. Jesse e eu então conversaríamos e chegaríamos a uma decisão que funcionasse para nós.

Mas eu estava *redondamente* enganada.

Na realidade, parecia haver uma longa lista de regras para as gestantes. Estar grávida era muito parecido com ser criança novamente: sempre tinha

alguém me dizendo o que fazer. Começou ali mesmo na consulta. “Você só vai poder tomar duas xícaras de café por dia.” Fiquei me perguntando quais seriam as desvantagens (as vantagens eu conhecia – eu amo café!). O que os números diziam sobre os riscos de tomar café? Não encontrei a informação em lugar nenhum.

E aí chegamos ao pré-natal. “Segundo as diretrizes para as gestantes, só devem fazer amniocentese mulheres com mais de 35 anos.” Por quê? Porque a regra é essa. Mas deve variar de uma pessoa para outra, não? Não, aparentemente não (pelo menos de acordo com minha médica).

Parecia que todas as gestantes eram tratadas dentro de um mesmo modelo. Meu processo decisório – ponderando minhas preferências pessoais e as associando aos dados – era pouco usado. Isso já era frustrante. Para piorar, as recomendações que eu lia nos livros ou ouvia de amigos muitas vezes contradiziam o que ouvia da médica.

A gravidez parecia ser regida por um catálogo de regras arbitrárias. Era como se estivéssemos comprando uma casa e o corretor dissesse que pessoas sem filhos não gostam de quintal, e que por isso não nos mostraria casas com quintal. Pior, era como se, ao informar que na verdade *gostamos* de quintal, ele respondesse: “Não, vocês não gostam, essa é a regra.” Você ia procurar outra imobiliária, com certeza. No entanto, era assim que a gravidez parecia funcionar.

Não era assim o tempo todo, é claro; eu tinha voz em uma ou outra decisão. Mas até essas pareciam superficiais. Quando chegou a hora de pensar se queria ou não tomar anestesia no parto, decidi não tomar. Não era uma opção muito comum, e a médica me disse algo como: “Tudo bem, mas você provavelmente vai acabar tomando.” Eu parecia ter autoridade decisória, mas não muita.

Não acho que isso se limite à gravidez – outras interações com o sistema médico também parecem ser assim. Muitas vezes se ignora que as preferências dos pacientes podem diferir, o que pode influenciar a decisão sobre o tratamento. Em algum momento, me peguei lendo o livro de Jerome Groopman e Pamela Hartzband, *Your Medical Mind: How to Decide What Is Right for You* (Sua mente médica: como decidir o que é certo para você), e concordando com muitas histórias sobre pessoas em outros contextos – câncer de próstata, por exemplo – que deveriam ter tido um papel mais ativo nas decisões sobre o próprio tratamento.

Mas, como acontece com a maioria das mulheres jovens e saudáveis, a gravidez foi minha primeira interação prolongada com o sistema de saúde. E estava sendo bastante frustrante. Acrescenta-se ao estresse das regras o medo do que poderia dar errado se eu não as seguisse. Claro, eu não tinha como saber se meus medos eram exagerados ou não.

Eu queria um médico que fosse treinado em processos decisórios. Na verdade, isso não é comum nas faculdades de medicina. O curso tende a se concentrar muito mais na mecânica de ser médico – o que acho bom; foi de grande ajuda no meu parto. Mas não sobra muito tempo para a teoria da decisão.

Logo ficou claro que eu teria que criar meu próprio sistema – estruturar as decisões por conta própria. Não parecia tão difícil, pelo menos em princípio. Mas na hora H eu simplesmente não consegui encontrar um jeito fácil de obter os números – os dados – que fundamentassem minhas decisões.

Acreditava que minhas perguntas eram bastante simples. Vejamos o caso das bebidas alcoólicas. Descobri que o consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez poderia acarretar diminuição do QI da criança (a desvantagem), mas eu gostava de uma taça de vinho de vez em quando (a vantagem). A verdade é que a vantagem aqui é pequena; se houvesse alguma comprovação de que beber ocasionalmente pode afetar o QI do bebê, eu não beberia. Mas eu precisava de um número: beber vez ou outra uma taça de vinho afetaria o QI do meu filho? Se não, não havia razão para não beber.

Também tinha a questão dos testes genéticos e outros exames mais invasivos. A desvantagem parecia ser o risco de aborto espontâneo. A vantagem era ter informações sobre a saúde do bebê. Mas qual era o risco real de aborto espontâneo? E que quantidade de informações esses exames realmente fornecem em relação a outras opções menos arriscadas?

Não havia números. Perguntei à médica sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Ela disse que “provavelmente” não haveria problema em beber um ou dois drinques por semana. “Provavelmente” não é um número. Nos livros era do mesmo jeito. Eles nem sempre diziam a mesma coisa, ou concordavam com a médica, mas tendiam a oferecer garantias vagas (“os exames são muito seguros”) ou proibições gerais (“não há

comprovação de que exista uma quantidade segura de consumo de bebidas alcoólicas”). Mais uma vez, não havia números.

Tentei me aproximar mais das fontes, lendo a recomendação oficial de associações de ginecologistas e obstetras. Curiosamente, muitas dessas recomendações eram diferentes daquelas da minha médica – pareciam estar evoluindo mais rápido na literatura atual do que na prática médica em si. Mas nada de números.

Para chegar aos dados, tive que ler os artigos em que as recomendações se baseavam. Em alguns casos, não foi muito difícil. Na hora de pensar se deveria ou não tomar anestesia, pude usar dados de *estudos randomizados* – evidências que constituem o padrão-ouro na ciência – para avaliar os riscos e os benefícios.

Em outros casos, foi bem mais complicado. E várias vezes – como no caso das bebidas alcoólicas e do café, com certeza, mas também em questões como ganho de peso – cheguei a discordar um pouco das recomendações oficiais. Foi aí que entrou outra parte da minha formação como economista: eu sabia ler os dados da maneira correta.

Há alguns anos, meu marido escreveu um artigo sobre o impacto da televisão nos resultados de testes entre crianças pequenas. A American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatria) afirma que crianças com menos de 2 anos não deveriam ver TV. A recomendação se baseia em evidências fornecidas por pesquisadores da área de saúde pública (o mesmo tipo de pessoa que fornece evidências sobre o comportamento das mulheres durante a gravidez). Esses pesquisadores mostraram repetidamente que crianças que assistem a muita TV antes dos 2 anos tendem a ter um desempenho escolar pior.

Tais pesquisas são publicadas na imprensa, por exemplo, no caderno de ciências do *The New York Times*, com manchetes como “Para pesquisadores, *Bob Esponja* é uma ameaça às crianças”. Jesse, porém, duvidou, e você também deveria duvidar. Não é tão fácil isolar uma simples relação de causa e efeito em um caso assim.

Imaginemos duas famílias. Em uma delas, a criança de 1 ano assiste a quatro horas de TV por dia e, na outra, a criança de 1 ano não vê TV. Agora gostaria que você me respondesse se acha que essas duas famílias são semelhantes. Provavelmente diria que não, e com razão.

Em geral, pais que proíbem TV para crianças pequenas tendem a ter um nível educacional maior, ser mais velhos, ler mais, e assim por diante. Será que é a TV que realmente importa? Ou são todas essas outras diferenças?

Essa é a diferença entre *correlação* e *causalidade*. O tempo diante da TV e os resultados dos testes na escola estão correlacionados, não há dúvida. Isso significa que, quando uma criança fica muito tempo diante da TV, a expectativa é que, em média, ela tire notas mais baixas. Mas isso não é causalidade.

A alegação de que *Bob Esponja* deixa a criança mais burra é uma alegação *causal*. Se você fizer X, acontece Y. Para prová-la, seria necessário mostrar que, se você forcesse as crianças nas famílias em que era proibido ver TV a ver *Bob Esponja* e não modificasse mais nada na vida delas, seu desempenho escolar seria pior. Mas é difícilimo chegar a essa conclusão apenas comparando crianças que veem com crianças que não veem TV.

Jesse e seu colega Matt acabaram desenvolvendo um experimento mais preciso.¹ Eles observaram que, nas décadas de 1940 e 1950, a televisão, que na época estava se popularizando nos Estados Unidos, chegou a algumas partes do país primeiro. Identificaram crianças que viviam em áreas onde a TV estava disponível antes de completarem 2 anos e as compararam com crianças em condições semelhantes, mas que viviam em regiões nas quais só tiveram acesso à TV depois de completar 2 anos. As famílias dessas crianças eram semelhantes; a única diferença era que uma criança teve acesso à TV precocemente e outra não. É assim que se tiram conclusões causais.

Eles descobriram que, na verdade, a televisão não afeta os resultados dos testes escolares das crianças. Nada. Nada de nada. O estudo realizado por eles realmente comprovou que essa variável não importa. E quanto às pesquisas em saúde pública sobre os perigos de *Bob Esponja*? Estavam equivocadas. Parece muito provável que o motivo da péssima reputação de *Bob Esponja* sejam os pais que deixam seus filhos em frente à TV por muitas horas. Correlação, sim. Causalidade, não.

A gravidez, assim como *Bob Esponja*, sofre os efeitos da desinformação. Um ou dois estudos fracos podem rapidamente se tornar senso comum. Em dado momento, deparei com um estudo muito citado afirmando que a

ingestão de bebidas alcoólicas na gravidez, por menor que seja – talvez um drinque por dia –, faz com que a criança desenvolva um comportamento agressivo. Não se tratava de um estudo randomizado; simplesmente comparava mulheres que bebiam com mulheres que não bebiam. Quando analisei melhor o estudo, descobri que as mulheres que bebiam também eram muito mais propensas a *usar cocaína*.

Nós *sabemos* que a cocaína faz mal para o bebê e que mulheres que se drogam costumam ter outros problemas. Será que podemos realmente concluir que o consumo leve de álcool na gravidez é prejudicial? Não é mais provável (ou pelo menos igualmente provável) que o problema seja a cocaína?

Alguns estudos eram melhores do que outros. Muitas vezes, quando localizei “bons” estudos (estudos confiáveis que não incluíam usuárias de cocaína), encontrei um quadro bem diferente das recomendações oficiais.

Essas recomendações pareciam destinadas a enlouquecer as gestantes, a nos manter preocupadas com pequenos detalhes, obcecadas com cada garfada de comida, com cada quilo que engordávamos. Na verdade, os números me levaram a um cenário mais leve – uma taça de vinho de vez em quando, muito café, exercícios para quem desejar, ou não. A economia pode não servir para combater o estresse, mas, nesse caso, foi isso que fez.

Mais do que as recomendações em si, o que me tranquilizou foram os números. Em algum momento, me perguntei sobre os riscos de o bebê nascer prematuro. Consultei os dados e calculei a probabilidade de entrar em trabalho de parto em cada semana de gestação (e a respectiva taxa de sobrevida fetal). Não havia nenhuma decisão a ser tomada – nada que eu realmente pudesse *fazer* –, mas ter noção dos números me permitiu relaxar um pouco. Eram esses os números que eu esperava ouvir da minha médica e encontrar nos livros sobre gravidez.

Sempre precisei de dados e evidências para relaxar. Essas informações me deixam à vontade, confiante de que estou fazendo as escolhas certas. Abordar a gravidez dessa forma funcionou para mim. Mas eu não sabia se funcionaria para outras pessoas.

Foi então que minhas amigas engravidaram. Praticamente todas ao mesmo tempo. Todas tinham as mesmas perguntas e frustrações que eu. Posso tomar remédio para dormir? Posso comer sanduíche de salame e presunto?

(Estou com muita vontade de comer isso! Faz diferença?) Meu médico quer agendar a indução do parto – será que é isso mesmo que eu devo fazer? Para que serve o banco de sangue de cordão umbilical?

Às vezes, elas ainda nem estavam grávidas. Almocei com uma amiga que queria saber se demoraria um ano para engravidar – o quanto a fertilidade realmente diminui com o passar dos anos?

Assim como eu, elas recebiam recomendações dos médicos. Em alguns casos, havia uma regra oficial. Mas elas queriam tomar a decisão certa. Eu me vi consultando livros de obstetrícia e a literatura médica muito tempo depois do nascimento da minha filha. É claro que eu não poderia desempenhar todos os papéis – não poderia fazer um parto, felizmente (para mim e, em especial, para os bebês). Mas eu poderia fornecer informações às pessoas, oferecer meios para que discutissem suas preocupações com seus médicos em pé de igualdade e ajudá-las a tomar decisões com as quais ficassem satisfeitas.

À medida que eu conversava com outras mulheres, ficava claro que as informações que eu poderia dar a elas eram úteis justamente porque *não vinham* acompanhadas de uma recomendação específica. O segredo para tomar uma boa decisão está em associar as informações e os dados às avaliações pessoais de vantagens e desvantagens.

Em alguns casos, a regra em vigor está equivocada. Em outros, não é uma questão de certo ou errado, mas do que é certo para você e sua gravidez. Examinei as evidências sobre a anestesia peridural, ponderei meus prós e contras e decidi não tomar. Minha amiga Jane analisou as mesmas evidências e resolveu tomar. Se por um lado não vi nada de errado em comer frios e embutidos, minha colega de faculdade Tricia analisou as evidências e decidiu evitá-los. Todas foram boas decisões.

Então posso dizer que escrevi este livro para as minhas amigas. Ele apresenta os números da gravidez – dados para ajudá-las a tomar decisões personalizadas e entender a gestação da maneira mais clara possível, pelos números. Ele sugere que talvez não haja problema em tomar uma taça de vinho e, mais importante, explica por quê. Apresenta os números sobre o risco de aborto espontâneo a cada semana de gestação. Informa qual peixe comer para que o bebê nasça mais esperto (e quais evitar). Traz informações sobre ganho de peso, testes genéticos, repouso e indução do parto,

peridural e os benefícios (ou não) de um plano de parto. Este livro é uma forma de assumir o controle e ter uma gravidez mais tranquila.

A gravidez e o parto (e a criação dos filhos) estão entre as experiências mais importantes e significativas que teremos. São provavelmente *as mais importantes*. No entanto, muitas vezes não nos é dada a oportunidade de refletir de modo crítico sobre as decisões que tomamos. Ao contrário, a expectativa é que sigamos um roteiro basicamente arbitrário, sem questionar nada. É hora de assumir o controle.

CONHEÇA ALGUNS DESTAQUES DE NOSSO CATÁLOGO

- Augusto Cury: Você é insubstituível (2,8 milhões de livros vendidos), Nunca desista de seus sonhos (2,7 milhões de livros vendidos) e O médico da emoção
- Dale Carnegie: Como fazer amigos e influenciar pessoas (16 milhões de livros vendidos) e Como evitar preocupações e começar a viver
- Brené Brown: A coragem de ser imperfeito – Como aceitar a própria vulnerabilidade e vencer a vergonha (600 mil livros vendidos)
- T. Harv Eker: Os segredos da mente milionária (2 milhões de livros vendidos)
- Gustavo Cerbasi: Casais inteligentes enriquecem juntos (1,2 milhão de livros vendidos) e Como organizar sua vida financeira
- Greg McKeown: Essencialismo – A disciplinada busca por menos (400 mil livros vendidos) e Sem esforço – Torne mais fácil o que é mais importante
- Haemin Sunim: As coisas que você só vê quando desacelera (450 mil livros vendidos) e Amor pelas coisas imperfeitas
- Ana Claudia Quintana Arantes: A morte é um dia que vale a pena viver (400 mil livros vendidos) e Pra vida toda valer a pena viver
- Ichiro Kishimi e Fumitake Koga: A coragem de não agradar – Como se libertar da opinião dos outros (200 mil livros vendidos)
- Simon Sinek: Comece pelo porquê (200 mil livros vendidos) e O jogo infinito
- Robert B. Cialdini: As armas da persuasão (350 mil livros vendidos)
- Eckhart Tolle: O poder do agora (1,2 milhão de livros vendidos)
- Edith Eva Eger: A bailarina de Auschwitz (600 mil livros vendidos)
- Cristina Núñez Pereira e Rafael R. Valcárcel: Emocionário – Um guia lúdico para lidar com as emoções (800 mil livros vendidos)
- Nizan Guanaes e Arthur Guerra: Você aguenta ser feliz? – Como cuidar da saúde mental e física para ter qualidade de vida
- Suhas Kshirsagar: Mude seus horários, mude sua vida – Como usar o relógio biológico para perder peso, reduzir o estresse e ter mais saúde e energia

sextante.com.br

