

28 de abril de 2020

Boletim n.29 - Ciências Sociais e coronavírus

A inclusão gradual das mulheres grávidas, puérperas e em situação de pós-aborto no protocolo de grupo de risco para o coronavírus no Brasil representou a preocupação com relação a esses grupos diante da possibilidade de contágio da doença. No Boletim de hoje, *Rosamaria Carneiro (UnB)* e *Naiara Santana (UFBA)* nos contam que as medidas adotadas, entretanto, não expressam toda atenção e cuidados necessários nesse momento importante e ao mesmo tempo delicado para a mulher e para o bebê, chamando atenção para o imprescindível recorte de raça e classe. Além disso, nos alertam para os sentimentos de medo e angústia experimentados por gestantes diante da falta de acesso às nascentes informações produzidas no contexto da pandemia.

Gestar e parir em tempos de COVID-19: uma tragédia anunciada?



Dead mother. Egon Schiele, 1910

No dia 05 de abril de 2020 o protocolo de grupo de risco para o COVID-19 sofreu uma primeira alteração no Brasil. Entre as pessoas com maior risco de contágio estariam também as gestantes de alto risco e as puérperas: as gestantes diabéticas, hipertensas e portadoras de doenças crônicas em geral, por conta de suas *cormobidades*, e aquelas que recentemente haviam parido. Na mesma semana, ao seu final, a rota se alterara novamente e todas as gestantes foram incluídas como grupo de risco, bem como mulheres que recentemente viveram um aborto.

Essa alteração acendeu muitos debates na seara da vida reprodutiva feminina brasileira. Um deles recaiu sobre o melhor local para se dar à luz. O parto domiciliar, no Brasil bastante criticado pelas alas mais conservadoras e classistas da biomedicina, de repente passou a ser cogitado como modelo de atenção recomendado, dada a baixa

exposição da mãe e do bebê. A casa então passou a ser considerada como ambiente seguro para parir e nascer. O que isso nos dirá futuramente ainda não sabemos. Mas, no mínimo, coloca em xeque a ideia de que o hospital é o espaço de excelência *per se* e “natural” para partos, como já há muitas décadas anunciam os modelos francês, holandês e inglês, nos quais são as *midwives* que se deslocam até as casas das parturientes. Essa escolha, no entanto, tem no Brasil um intenso recorte de classe e de raça/cor, por isso está muito longe de ser realidade para a maioria daquelas que neste momento estão para parir os seus filhos. Um parto em casa exige a capacidade de poder custear a equipe que atende às mulheres, sendo por isso algo presente somente em camadas médias e altas de nossa sociedade¹.

Um outro debate suscitado com tal alteração do protocolo diz respeito ao direito das parturientes que darão à luz nos hospitais estarem acompanhadas na hora do parto. Com a possibilidade de contágio e a necessidade de diminuirmos o número de pessoas na cena de parto, sobretudo em hospitais, onde estão os adoecidos, mulheres de diferentes classes sociais e raça/cor, que não podem ou não querer parir em casa, têm se visto sozinhas ao dar à luz ou então com medo de assim estarem, em um momento já tão repleto de inseguranças, dor e também violência. No Brasil mais conhecida ultimamente como *violência* obstétrica².

Ativistas do campo dos direitos sexuais e reprodutivos, entre médicas, enfermeiras e feministas em geral, passaram então a produzir, quase incessantemente, material sobre os direitos das gestantes e puérperas em tempos de COVID-19. Material, no entanto, mais escrito e falado nas mídias sociais, *Instagram* e *Facebook*, posto que são poucos e ainda inexpressivos os artigos e pesquisas científicas empreendidos nesse campo. Em que pese a importância dessa ação, nos resta a indagação, não obstante, de *como* e *se* isso tem chegado àquelas que gestam nas periferias, camadas populares, campo, aldeias e populações ribeirinhas? De mesmo modo, como e se isso tem chegado aos profissionais de saúde que rapidamente, em nome do risco do contágio, poderiam isolar a uma parturiente, negando-lhe um acompanhante, ou indicando-lhe uma cesárea desnecessária, para antecipar o parto e assim proteger mãe-bebê do COVID-19?

A nós, Cientistas Sociais, entretanto, pode não causar espanto ou estranheza que as mulheres grávidas tenham se tornado foco de uma atenção maior nesse contexto, haja vista o cruzamento já histórico entre políticas de Estado, reprodução, economia e contornos nacionais, anunciados em conceitos como “biopolítica”³ ou sobre os corpos da nação, entre tantos outros. Em muitas medidas, os corpos das mulheres grávidas nunca foram somente delas, mas também do Estado⁴. Daí a inclusão de gestantes e puérperas nos grupos de risco ser já uma tragédia ou uma salvaguarda anunciadas.

1

https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2020/04/parto-em-casa-vira-opcao-para-quem-teme-coronavirus-em-hospitais.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa

² <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>

³ https://saudeglobaldotorgl.files.wordpress.com/2014/06/andre_duarte.pdf

⁴ <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8644783>

Não obstante, por conta da vocação antropológica de pensarmos a partir do miúdo ou do microscópico (nesse caso, humano), parece ser interessante refletir sobre a ambivalência dessa inclusão. Gestar e parir sempre orbitaram o risco e o perigo, tanto que a medicina classifica-os em: *baixo risco/risco eventual* ou *alto risco*. Há o que Diniz⁵ denuncia ser um *pessimismo sexual e reprodutivo* com relação aos corpos das mulheres. Se por um lado incluí-las nos grupos de risco representa então proteção; pode também implicar, a um só tempo, também na violação de seus direitos, tais como: parir acompanhada; ter acesso a um parto a seu tempo, digno e respeitoso; ao procedimento do aborto legal; à contracepção e ao pré-natal de qualidade. Já se tem notícia na mídia mais recente que consultas de pré-natal passaram a acontecer online ou por telefone e que as mulheres têm enfrentado resistência para colocar DIU na rede de saúde. Dessa maneira, responsabilizar-se pela contracepção nesse momento tão caótico torna-se um dever única e exclusivamente das mulheres? Em que medida, então, a ideia de grupo de risco mais as protege do que as aparta? De que modo proteção e risco operam também como estigma, violência e abandono social? Para os que estão no *front* do sistema de saúde ou para aqueles que calculam tendências, projeções e áreas mais infectadas essa pergunta talvez não faça sentido, pois há a urgência e o risco – totalmente compreensíveis e necessários nesse momento. Mas reside e pulsa exatamente nesse lugar o interesse e a importância das Ciências Sociais e de sua leitura ao redor dos significados e sentidos das práticas e das relações que se estabelecem e que se fragilizam com tais medidas e em tais tempos.

Se as práticas sociais se alternam, podendo resultar tanto em proteção quanto em violação, ao olharmos mais detidamente para os indivíduos, chegamos às suas emoções e assim, por exemplo, ao medo daquelas que gestam. Ontem as mulheres brasileiras se viram apavoradas diante do Zika Vírus, hoje assim estão diante do COVID-19. Sem informações e muitas vezes solitárias. O que nos dirão futuramente tais gramáticas emocionais sobre leituras de corpo feminino, práticas de autocuidado e recepção de políticas públicas de saúde? Por ora, parece-me interessante refletir sobre suas emoções também enquanto ambiente de ausência de cuidado, isolamento e, portanto, mais adoecimento. Parece ser preciso protegê-las disso também.

Rosamaria Carneiro é Docente do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas, ambos da UnB. Membro da CASCA (Coletivo de Estudos sobre Saúde Coletiva e Antropologia) e da Rede de Estudos Feministas e Maternos (REMAFs).

⁵https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%ancia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf

“Medo do desconhecido” – Atenção às gestantes, parturientes e puérperas no contexto da COVID-19

Rafaela Silva de Jesus, 28 anos, professora, do interior da Bahia, foi notificada como a primeira vítima de morte materna no contexto do COVID-19 no Brasil. Após uma cesariana realizada em hospital particular no dia 25 de março, mãe e filha estavam bem, cinco dias depois Rafaela apresentou sintomas como febre e falta de ar e foi levada à Unidade de Pronto Atendimento de Itapetinga. Chegando lá foi identificada como um possível caso de COVID-19, além dos sintomas ela havia estado da região extremo sul da Bahia, a qual registra grande número de casos da nova enfermidade. Os protocolos padrões foram colocados em prática pela equipe de saúde local - isolamento, intubar a paciente e ligá-la a um respirador mecânico. Rafaela, que necessitava de um leito de UTI não existente na cidade, acabou falecendo enquanto esperava o transporte para o hospital mais próximo em Vitória da Conquista.

É quase consenso internacional o reconhecimento dos impactos do coronavírus e da COVID-19 na vida das pessoas e na organização da sociedade. Entre aqueles que opõem vida e economia ou os que defendem que não há economia sem vida, quase todos estão pensando e experienciando os impactos individuais e coletivos da pandemia. Quando o tema é gestação e parto não é diferente, cientistas de diversas áreas, profissionais da saúde, jornalistas, sociedade civil organizada e mulheres têm discutido sobre este tema ao redor do mundo. Para as mulheres gestantes, o coronavírus vem atravessando seus planos, experiências, autopercepções e rotinas de cuidado. Em pesquisa envolvendo 250 mulheres gestantes e puérperas de todo o Brasil durante o mês de abril de 2020, através de questionário on-line, e realizada pelo Grupo de Estudos Feministas em Política e Educação (GIRA) vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA), quando perguntadas se a pandemia alterou seus planejamentos de parto, 52,7% disseram que sim. 90,8% disseram que percebem mudanças na forma como se sentem em relação à gestação. Medo, tensão, ansiedade, insegurança, angústia, frustração, apreensão, receio, imprevisibilidade, tristeza e solidão são algumas das palavras mencionadas por estas mulheres para descrever como se sentem diante dos atuais acontecimentos.

Até agora, sabe-se pouco sobre as consequências do coronavírus na gestação e no parto, para a mulher e para o bebê. São poucas e, por vezes descontraídas, as informações divulgadas em meios de comunicação e redes sociais sobre o tema, o que aflige as mulheres gestantes e profissionais de saúde. Os protocolos de cuidado ainda estão sendo criados e consolidados ao passo que mais informações científicas são produzidas através de pesquisas e divulgadas. Se por um lado os artigos científicos da área de saúde que discutem gestação e parto no contexto da COVID-19 publicados até pouco tempo, a maioria com estudos de casos na China, nos afirmam de maneira geral que não há uma maior morbimortalidade materna e neonatal associada a tal

enfermidade; por outro, há artigos, inclusive da área da saúde, que questionam a limitação das amostragens coletadas na China e analisadas nas pesquisas disponíveis atualmente, e, também, a limitação da produção e divulgação de dados estatísticos por parte dos governos, relacionada, entre outros fatores, à baixa testagem da população.

O fato é, em que pese certo otimismo nas séries e relatórios das principais pesquisas da área da saúde a nível internacional sobre o tema em questão, o Brasil já registra casos de mortes maternas e neonatais relacionadas ao coronavírus. Rafaela, nordestina, jovem e negra, não é a única. De acordo com levantamento de artigos científicos e de jornais internacionais havia um clima de dúvida sobre a inclusão das gestantes e puérperas no chamado grupo de risco e protocolos pouco estáveis quanto aos cuidados específicos a estes grupos. Com o passar do tempo, a produção de mais dados e de pesquisas, alguns países incluíram gestantes ao grupo de risco, ainda que, paradoxalmente, as autoridades competentes não as liberassem de suas obrigações laborais. Em artigo publicado no jornal NY Daily News dos Estados Unidos, mulheres gestantes e trabalhadoras das áreas da saúde, além de policiais, bombeiras e paramédicas, denunciavam a angústia que viviam diante da obrigatoriedade de seguirem ativas em seus postos de trabalho, com risco de penalizações caso aderissem ao isolamento como medida preventiva.

Aqui no Brasil, apenas no dia seis de abril gestantes de alto risco e puérperas foram incluídas no grupo de risco. No dia nove de abril, todas as gestantes, mesmo aquelas que não são consideradas de alto risco, passam a fazer parte do grupo de risco para a COVID-19, e logo em seguida mulheres em situação de pós-aborto ou perda fetal. Tal decisão está vinculada, creio eu, ao número crescente de mortes maternas associadas ao coronavírus no país, em especial de puérperas que apresentam complicações e são diagnosticadas apenas após o parto; e, também, ao alerta que alguns profissionais de saúde e outras áreas e grupos de mulheres organizadas vem fazendo sobre as especificidades das demandas e dos cuidados no ciclo gravídico-puerperal. Como disse a médica obstetra Melânia Amorim, referência em obstetrícia baseada em evidência e humanização do parto no Brasil, “não dá mais para falar em letalidade zero quando se trata de morte materna e COVID-19”.

Pesquisadoras e pesquisadores das ciências sociais vem alertando sobre como a pandemia afeta mais, em suas variadas dimensões, determinados grupos. Segundo o Ministério da Saúde, 92% das mortes maternas que ocorrem no Brasil poderiam ser evitadas com ações efetivas dos serviços de saúde, as mulheres negras, pobres e moradoras de áreas periféricas dão cor e cara a este dado estatístico. O contexto pandêmico nos obriga a revisitar estes dados e responder a uma questão: vamos continuar enlutadas pela morte de mulheres e tratando-as como números, ou vamos somar esforços para afirmar com palavras e ações que não somos matáveis?

Vivemos uma pandemia em um contexto de ascensão de defesas anticiência, no qual o presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, engrossa seu caldo de apoiadores entre pessoas que acreditam que a Terra é plana e são contra o isolamento social como

medida preventiva de saúde (esta última, posição do próprio presidente e extremamente criticada nacional e internacionalmente). Se a saída da pandemia necessita do trabalho árduo de cientistas, ousar dizer que não necessitamos apenas do cientista de jaleco branco defronte de tubos de ensaios; há aqui uma oportunidade de questionarmos a hierarquia entre as áreas da ciência e trabalharmos juntos, em que pese o papel de cada uma.

Diante desse cenário, chamo atenção para a importância da escuta das vozes das mulheres em sua diversidade, vozes ora apreensivas, tensas, amedrontadas, ora assertivas e fortes; vozes que ecoam das casas, das comunidades tradicionais, daquelas que vivem nas ruas, de trabalhadoras, gestantes, pesquisadoras e tantas outras.

Na pesquisa que venho realizando sobre Gestação, Parto e COVID-19, tenho acumulado dados que nos podem ser úteis para a compreensão do que tem significado este momento na vida das mulheres gestantes, para rever e ampliar conceitos cristalizados e para pensar estratégias de saúde. Mulheres trabalhadoras da saúde que estão gestantes, por exemplo, têm falado recorrentemente sobre dificuldades para conseguirem afastamento de seus postos de trabalho. A inserção das gestantes no grupo de risco para o COVID-19 talvez seja uma decisão que possibilite a elas lograr o afastamento para cumprir o isolamento social e focar nos cuidados com a gestação, parto e puerpério.

Sobre o pré-natal, a pesquisa demonstrou que 53,2% das mulheres relataram alterações no acompanhamento realizado até então, se por um lado mudanç as podem trazer medos, inseguranç as e a necessidade de rápida adaptação, por outro é importante considerar que em uma conjuntura como esta a mudanç a do pré-natal   incontornável, sugerindo a necessidade de criar políticas e protocolos de atenção para evitar a falta de assistência durante o período de gestação. Diferentes modalidades podem ser aplicadas, desde a utilização da telemedicina, espaçamento de consultas, realização apenas de exames necessários, apoio em Unidades Básicas de Saúde e espaços clínicos reservados para pré-natal separado daqueles que atendem pessoas com suspeita e diagnóstico de COVID-19.

Quando perguntadas sobre local de parto, 54% dizem que se sentiriam mais seguras se pudessem parir em maternidades focadas aos cuidados apenas de gestantes sem sintomas ou diagnóstico da infecção. O que aponta a importância de considerar a designação de maternidades distintas para atendimento de gestantes com COVID-19. Neste sentido, outra medida a ser considerada é a testagem da gestante durante o pré-natal e no momento de admissão na maternidade, o que neste caso implicaria na disponibilidade de testes rápidos, uma tecnologia ainda sem previsão para uso em larga escala no Brasil. Também foi apontado na pesquisa o interesse de 4,8% das gestantes de realizar o parto em casas de parto normal da rede pública de saúde. As gestantes saudáveis de baixo risco poderiam ser encorajadas a parirem nestes espaços, considerando a importância de diminuição da sobrecarga nos hospitais neste momento e de assegurar o acesso ao parto humanizado.

Outro ponto menos falado, no entanto não menos importante, é o parto domiciliar. Segundos o jornal The New York Times, há um movimento de alterações nos planejamentos de parto realizados por várias mulheres e famílias em Nova Iorque e Los Angeles após a pandemia. Em um contexto de dúvidas, medos, inseguranças e crises, há um número considerável de gestantes e famílias que vem optando pelo parto domiciliar como estratégia de fuga dos hospitais e maternidades, vistos agora como ambientes contaminantes e saturados. No entanto, esta é uma opção viável para uma parcela ínfima da população, seja nos Estado Unidos ou no Brasil, já que os custos são extremamente elevados e o parto domiciliar requer planejamento e cuidados específicos, devendo ser analisado caso a caso. 28,2% das mulheres que entrevistei afirmam que se sentiriam mais seguras para parir em seus domicílios, embora muitas revelem não possuir condições financeiras para arcar com os custos deste tipo de parto. Por isso sugerem que o Sistema Único de Saúde disponibilize equipe médica para parto domiciliar, ou ainda a criação de um auxílio financeiro para esta modalidade.

Sabe-se que a gestação e o parto realizam as mulheres, trazendo uma significativa sobrecarga emocional. Adicionalmente, neste contexto pandêmico, novas camadas de sobrecarga emocional são sobrepostas. A resposta que ouvimos para este problema é emblemática: “além das preocupações normais, ainda tem a preocupação com a pandemia e a economia”. A esta altura, as mulheres têm vivido muitos dilemas. Questionam-se sobre as condições dos locais de parto, o risco de exposição ao vírus nos hospitais e maternidades, o direito a acompanhante e doula, o apoio para os cuidados pós-parto uma vez que suas redes mais próximas são constituídas por familiares, os quais, seja pelo isolamento social ou por serem idosos e integrarem grupo de risco, não estão mais disponíveis para auxiliá-las; outras têm questões mais urgentes a exemplo da redução de renda e a insegurança alimentar.

A garantia de serviços de amparo psicológico e assistência social a estas mulheres parece fundamental neste momento. Os resultados da pesquisa mostram que informação confiável e acessível pode gerar mais segurança, apontando para a importância de um canal de comunicação, seja por via digital, por telefone ou através de cartilha, que ofereça informações de saúde baseadas em evidências científicas, sobre direitos, serviços, procedimentos e políticas públicas disponíveis e como acessá-las.

As conclusões científicas ainda frágeis sobre a melhor via de parto no contexto do COVID-19 e sobre transmissão vertical não podem dar lugar a sugestões conservadoras e que podem oferecer ainda mais risco às mulheres e seus bebês, ou que não estejam em consonância com as trajetórias e escolhas das mulheres, a exemplo da cirurgia cesariana sem real indicação, da interrupção da gravidez em mulheres saudáveis antes do trabalho de parto, do não contato entre mãe e bebê após o nascimento e na chamada “*golden hour*”, do não incentivo e garantia da amamentação.

Não há dúvida que estes pontos não encerram a discussão deste tema tão caro. Em verdade, é preciso dar cada vez mais corpo ao debate científico, político e coletivo sobre gestação, parto e COVID-19. Todos os esforços devem ser feitos para garantia da

vida e dos direitos de mulheres e bebês em um contexto excepcional de crise na saúde e em várias dimensões da vida social. Portanto, é urgente a necessidade de ações multilocalizadas para a compreensão dos impactos da COVID-19 e para elaboração de protocolos e políticas que deem conta de garantir todas as vidas e com dignidade.

Naiara Maria Santana: Doutoranda em Antropologia – Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia, Grupo de Estudos Feministas em Política e Educação – GIRA.

Estes textos são parte de uma série de boletins sequenciais sobre o coronavírus e Ciências Sociais que está sendo publicada ao longo das próximas semanas. Trata-se de uma ação conjunta que reúne a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), a Sociedade Brasileira de Sociologia (SBS), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), a Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP) e a Associação dos Cientistas Sociais da Religião do Mercosul (ACSRM). Nos canais oficiais dessas associações estamos circulando textos curtos, que apresentam trabalhos que refletiram sobre epidemias. Esse é um esforço para continuar dando visibilidade ao que produzimos e também de afirmar a relevância dessas ciências para o enfrentamento da crise que estamos atravessando.

A publicação deste boletim também conta com o apoio da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC/SC), da Associação Nacional de Pós-Graduação em Geografia (ANPEGE), da Associação Nacional de Pós-Graduação em História (ANPUH), da Associação Nacional de Pós graduação e Pesquisa em Letras e Linguística (Anpoll) e da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional (Anpur).

Acompanhe e compartilhe!

