

Relato sobre parir na pandemia: andanças da 'Fulô do Agreste'

Report on giving birth in the pandemic: 'Fulô do Agreste' wandering

Nathalya Fonseca Camargo^I, Vitoria Karen Raimundo^{II}

Resumo

O texto descreve e faz uma reflexão sobre o atendimento a distância, realizado com tecnologia virtual, como estratégia de atenção à gravidez, por meio da análise de um caso em que houve apoio, orientação e proteção à parturiente durante a pandemia da covid-19. Os fatos são apresentados de forma pessoal, realizando a autoanálise da profissional de obstetrícia envolvida no processo como recurso para visibilizar as atribuições vividas nas situações de final de gravidez, parto e nascimento. Além disso, o texto ilustra a singularidade das vivências pessoais, avaliando o Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao respeito à integridade e integralidade quanto ao cuidado oferecido, efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos durante o evento da pandemia, considerando o contexto dos determinantes sociais e de saúde, assim como as perdas e falhas de acolhimento e transtornos envolvidos no acesso à saúde. Considera-se que é por meio da análise de casos reais de mulheres assistidas que os profissionais conseguem avaliar as barreiras e deficiências que afetam esse público e o deixa mais vulnerável, ao mesmo tempo que permite identificar os processos protetores que podem constatar e potencializar a expressão dessas mulheres.

Palavras-chave: Parto; Covid-19; Violência obstétrica; Acolhimento; Teleatendimento.

Abstract

The text describes and reflects on distance care, with virtual technology, as a pregnancy care strategy, through a case that occurred during the covid-19 pandemic, which provided support, guidance and protection to the parturient. The facts are presented in a personal way, performing the self-analysis of the obstetrics professional involved in the process, as a resource to visualize the tribulations experienced in situations of the end of pregnancy, childbirth and birth, illustrating the uniqueness of personal experiences and evaluating the Unified Health System (SUS) with regard to the integrity and completeness of the care provided, the realization of Sexual and Reproductive Rights during the pandemic event, considering the context of social and health determinants, as well as the losses and failures of care and disorders involved in access to health. It is considered that it is through the analysis of real cases of assisted women that professionals are able to assess the barriers and deficiencies that affect this public and make them more vulnerable, while allowing the identification of protective processes that can verify and enhance the expression of these women.

Keywords: Childbirth; Covid-19; Obstetric violence; Harbor; Teleconsultation.

Introdução

A chegada da pandemia de covid-19, em 2020, com a declaração de Emergência de Saúde Pública pela Organização Mundial

de Saúde (OMS)¹, exigiu uma adaptação da atenção ao ciclo gravídico-puerperal no contexto brasileiro. O sistema já apresentava fragilidades, como o alto número de cesarianas² e intervenções comprovadamente não recomendadas pelas evidências de boas práticas obstétricas, como o intenso uso de tecnologias invasivas e excessivo uso de intervenções e medicações, assim como o racismo institucional e estrutural² na atenção ao parto e nascimento. Diante disso, entidades internacionais e nacionais, como a Organização

^I Nathalya Fonseca Camargo (nathalya.camargo@usp.br) é obstetrix pelo curso de Obstetrícia da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP), especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e docente do curso de Obstetrícia da EACH/USP

^{II} Vitoria Karen Raimundo (vitoriakaren96@gmail.com) é obstetrix pelo curso de Obstetrícia da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP), especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e atua na Maternidade Gota de Leite Vovô Mocinha, em Araraquara, estado de São Paulo.

Mundial de Saúde e a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, preocupadas com as consequências que a pandemia poderia gerar na atenção à saúde reprodutiva, do parto e puerpério, passaram a alertar sobre o tema e fazer recomendações técnicas³⁻⁵.

Sob a ótica das(os) profissionais de obstetrícia e das(dos) enfermeiras(os), grávidas, parturientes e puérperas deveriam ser, de fato, protagonistas de suas vivências nessa etapa de suas vidas^{6,7}. Entretanto, a chegada do novo coronavírus1 trouxe percepções e reações aparentemente contraditórias, uma vez que muitas mulheres passaram a sentir insegurança e a ficar em casa, sem procurar os serviços de atenção pré-natal devido ao receio de se infectarem pela covid-19⁸. Por outro lado, as grávidas que não temiam essa possibilidade, por já terem sido infectadas ou por conhecerem alguém próximo que teve um caso assintomático ou leve, acabaram não adotando as precauções e os cuidados devidos em relação à covid-19, como o uso de máscara e de álcool em gel, a lavagem das mãos e, especialmente, o distanciamento social⁸.

Os direitos e os cuidados ao pré-natal, parto e pós-parto

Os direitos das mães fazem parte de um importante componente dos direitos sexuais e reprodutivos. A proposta de uso do termo “direitos reprodutivos” surgiu em 1984, no “I Encontro Internacional de Saúde da Mulher”, realizado em Amsterdã, Holanda, cunhado para melhor expressar o que se entendia por saúde da mulher e é um conceito para se referir à pauta de autonomia e autodeterminação das mulheres sobre a reprodução⁷.

Em 1995, na “IV Conferência Mundial da Mulher”, realizada em Pequim, as conquistas dos direitos reprodutivos foram ratificadas e os

direitos sexuais estavam em formulação para serem reconhecidos como direitos humanos pela Organização das Nações Unidas⁹, mas esforços contínuos ainda precisam ser feitos para aumentar e garantir a autonomia das mulheres em tomar decisões sobre seu próprio corpo, sobre a adequada opção contraceptiva, seja ela reversível ou definitiva, quanto ao modelo de atenção ao parto e ao nascimento, respeitando o desejo da mulher em ser ou não ser mãe, visto que a manifestação de sua vontade deve estar livre de opressão e julgamento de valores⁷.

A “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” também é parte integrante da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990¹⁰. A expressão autonomia resulta de duas palavras gregas: *autós* e *nomói*: *autós* significa a ideia de si mesmo, representando uma qualidade ou condição inerente e peculiar a um ser; e *nomói* corresponde à norma ou à regra. A junção de *autós* e *nomói* gera “autonomia”, palavra que ingressou no vernáculo português, provavelmente, por influência da palavra francesa *autonomie*^{6,7}.

Entre as iniciativas para a construção da autonomia das mulheres que se tornariam mães, houve a criação de um ciclo de preparação e cuidado da gestação, parto e pós-parto, que deu origem à atenção ao pré-natal. Esse ciclo surgiu como uma intervenção profissional no atendimento às grávidas no Brasil, por iniciativa da francesa Madame Durocher (1809-1893), a primeira parteira diplomada, em 1834, a exercer esse trabalho na cidade do Rio de Janeiro¹¹. Já o primeiro serviço de atenção pré-natal foi instalado em 1925, por Raul Briquet (1887-1953), na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nos anos de 1950 a 1960, deu-se a fase da atenção no modelo materno-infantil e a chegada de inovações tecnológicas, como a educação, comunicação e participação em saúde, com

destaque para o exame de ultrassonografia, que foi incorporado ao acompanhamento pré-natal¹².

O trabalho de parto sempre foi envolto por diversos ideários das diferentes culturas no decorrer da história. Foi considerado uma prática tradicionalmente humanizada e de domínio das mulheres, mas atualmente vem sendo transformado em diferentes sentidos. Posteriormente, o modelo de assistência com base em preceitos cristãos entende o parto e o nascimento como desígnio divino. Nesse sentido, a parturiente “parirá com dor”, como uma apenação ligada ao pecado original do sexo, situação em que o sofrimento é entendido como uma purificação do pecado cometido¹³. A humanização da assistência, proposta a partir dos anos 1980, sugere uma mudança de paradigma dessa visão, entendendo o parto como uma experiência humana e, para quem participa da atenção obstétrica, uma mudança “no fazer” da assistência¹⁴.

Preocupada com a prática da violência obstétrica, a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁵, em 2018, divulgou uma série de recomendações voltadas para a transformação da atenção à gravidez, ao parto e ao nascimento. Elas incluem o enfoque psicossocial, a avaliação de vulnerabilidades relacionadas às condições de vida das mulheres, suas possíveis redes de apoio, a observância de práticas baseadas em evidências na adoção de condutas e a importância da empatia de equipes no apoio emocional, respeito aos direitos das mães e às normas de humanismo na atenção ao pré-natal, parto e se estendendo até o puerpério. Todo esse quadro foi alvo de redobradas preocupações diante do surgimento da pandemia de covid-19¹⁶.

A literatura mostra que grande parte das mortes maternas ocorre no trabalho de parto, no parto e logo no início do puerpério, por razões evitáveis. Isso demonstra a importância da

realização de um diagnóstico oportuno e qualificado dos riscos existentes ou condições mórbi-das instaladas durante a gravidez, parto e pós-parto. A Atenção Básica de Saúde constitui-se como o espaço central para as ações em saúde sexual e reprodutiva e cabe a ela, prioritariamente, o acompanhamento pré e pós-natal, de forma a avaliar constantemente os riscos aos quais o binômio mulher-feto/recém-nascido está submetido, contribuindo para a implementação de providências oportunas para o tratamento adequado e a melhora dos desfechos. Acessar o sistema de saúde de modo equitativo e oportuno é, assim, imprescindível para favorecer desfechos positivos do ciclo gravídico-puerperal, melhorando os indicadores de saúde de mulheres e crianças¹⁶⁻¹⁷.

Contextualizando os fatos no teleatendimento a Fulô do Agreste

Essa narração refere-se a um caso real de atendimento profissional a uma grávida durante a pandemia da covid-19 e sobre como essa situação repercutiu na vida da jovem aqui nomeada como “Fulô do Agreste”, de 18 anos, viúva e mãe de duas crianças, uma de 4 e outra de 2 anos, durante a geração de seu terceiro filho. A perda do marido se deu depois de um longo período de internação com complicações devido à covid-19, paralelamente ao período de gestação, fazendo de seus filhos “órfãos da pandemia”.

Como profissionais de saúde, sabemos que esse não foi o único caso crítico, nem terá sido o pior que pode ter ocorrido durante a pandemia, porém se entende que é necessário narrar aspectos da história de Fulô do Agreste e da nossa própria experiência ao lidar com tantas dificuldades que se entrelaçam (liames), pois o recurso narrativo não deixa de ser uma maneira de os sujeitos refletirem continuamente sobre os significados que cercam essas situações, reflexão

que se refere aqui principalmente aos gestores e profissionais de saúde.

Com Fulô do Agreste, tudo começou ao se tomar conhecimento de uma campanha virtual, por rede social, passada por amigos, em 2021, para doações com vistas a ajudar uma jovem grávida com dois filhos menores, sob situação de extrema vulnerabilidade e residente no Nordeste brasileiro. Essa situação mobilizou doadores de vários lugares do país, que enviaram ajuda via *Internet*, com vários tipos de donativos. Quanto a nós, como obstetristas^{III,18-19}, foram solicitados orientações e apoio à jovem, que se encontrava no final da gravidez e sem referência de pré-natal e parto.

Uma das mudanças que a pandemia de covid-19 trouxe foi a ampliação das possibilidades de teleatendimento utilizando aplicativos e redes sociais. Falar e refletir sobre os atendimentos realizados, seja de forma presencial ou virtual, é sempre um processo de autoanálise profissional e um recurso pessoal que se desenvolve para avaliar o sistema de saúde, pois é pela observação e escuta das mulheres em situação de cuidado que profissionais de saúde conseguem compreender todas as deficiências e desafios apresentados aos quais elas estão expostas, assim como os processos protetores.

Os contatos foram realizados pelo aplicativo *WhatsApp*. Tratava-se de mais uma mãe que enfrentava todos os transtornos da maternidade estando sozinha, sem a estrutura familiar que almejava. No primeiro contato, lemos no seu perfil uma frase que nos tocou bastante, pois ela declarava sua dor e seu estado de espírito: “você se foi e deixou um mar de saudades no qual eu não sei nadar”. Mesmo assim, a chegada de mais um filho poderia ser a oportunidade dessa tragédia ser ressignificada e isso aumentava a nossa

responsabilidade, sororidade e desejo de fazer tudo certo enquanto profissionais obstetristas.

De modo alternado, fazíamos contatos agendados com a jovem para ouvi-la e para saber sobre sua situação e suas dúvidas. No primeiro contato, soube-se de detalhes que podem ser considerados importantes determinantes sociais, com potência de influir no desfecho de uma gravidez. Soubemos de sua viuvez recente, ocorrida depois de um longo período de internação do marido por covid-19, o que ocasionou mudanças em sua rotina e na de sua família. Soube-se também de sua suspensão no Bolsa Família, valor recebido referente a duas crianças, uma vez que havia perdido o cartão desse benefício e outros documentos durante a desapropriação da casa onde morava. O não recebimento de um novo cartão do benefício desse programa já se prolongava por vários meses, situação agravada pelo aparente estado de apatia da jovem, que, possivelmente, além do luto, poderia estar em estado depressivo.

Mesmo de luto, Fulô do Agreste, moradora de uma área de risco de João Pessoa, Paraíba, precisou mudar de estado, pois sua casa foi desapropriada com a promessa de receber futuramente um imóvel, cujo cadastro foi feito no nome do falecido, o que complicou ainda mais a situação dela, dificultando que lhe fosse oferecida nova residência. Não tinha renda e trabalhava no lar e nos cuidados de seus filhos; precisou se separar de um dos filhos e ir morar com o menor na casa da sogra, no Rio Grande do Norte. Foi acolhida pela sogra, apesar da situação de carência de todos. Isso, porém, comprometeu seu pré-natal, pois as duas unidades básicas próximas a sua nova residência tinham problemas de funcionamento parcial em virtude da pandemia de covid-19. Desse modo, não a acolheram para dar continuidade ao seu acompanhamento, prejudicando seu vínculo com o serviço de saúde, mesmo diante dos raros esforços em

^{III} Autoras deste trabalho.

atendê-la feitos pelos profissionais de enfermagem da primeira unidade básica de saúde (UBS) na qual buscou atendimento.

Idas e vindas em busca de um lugar para parir em abril de 2020: desafios e fatores de proteção

Em meio aos eventos consequentes à pandemia, surgiu a oportunidade de atender essa jovem e logo percebemos que sua situação não era tão diferente de tantas outras mulheres: verificamos dados de pré-natal inadequado, com a falta de vínculo a serviços de saúde e, até mesmo, indícios de peregrinação, iniciada desde a busca por atendimento na Atenção Básica, pelas andanças em UBS, em busca de orientação e, depois, em vários hospitais da Região Metropolitana de Natal. Além disso, visto que essas unidades de saúde foram a segunda forma de iniciação do pré-natal devido à mudança de residência da gestante, se verifica que esses serviços não buscaram conhecer adequadamente o caso, refutando a grávida de seus cuidados em um flagrante descaso com os seus direitos, tal como garante a Constituição Federal de 1988, no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela Recomendação nº 39, de 12 de maio de 2020, que estabelece medidas de emergência e de proteção social e garantia dos direitos das mulheres diante da pandemia de covid-19¹⁶.

As informações que dispusemos via teleatendimento foram de uma grávida de mais de 41 semanas, situação em que pudemos levantar dados básicos para situar a gravidez e a data provável do parto (DPP), que aconteceria, possivelmente, no dia 16 de abril de 2021. As informações indicavam que Fulô do Agreste estava indo e vindo de hospitais e maternidades, sem sinais de trabalho de parto ativo, e que tinha perda de líquido amniótico de quantidade desconhecida. Como estava deixando “o destino guiar seus passos”, não

demonstrava ou sequer tinha a sensação da falta de acolhimento e empatia das quais foi vítima, ou mesmo da violência obstétrica sofrida em cada estabelecimento de saúde que buscou. Pensando nas condutas de assistência que recebeu, decidimos que jamais colocaríamos isso em evidência para a paciente, na busca de evitar um conflito de sentimentos, um aumento de sua insegurança, medo, raiva e indignação por essa vivência. Com isso, buscamos promover a escuta para a verificação da situação e a orientação de Fulô do Agreste, de forma a encerrar sua desassistência.

Entre os aspectos de vulnerabilidade da gestante, mesmo observando que recebeu algum apoio, destaca-se que o luto, processo que interfere no estado emocional das pessoas, nesse caso, interferiu no modo como ela se via e se cuidava. Diante desse momento de fragilidade, em vez de os serviços de atenção pré-natal oferecerem acolhimento, fizeram o oposto: a paciente realizou apenas uma única consulta no segundo trimestre da gravidez e recebeu “alta” sob a alegação de ter migrado de outro estado, não sendo da responsabilidade da UBS que finalmente a acolheu em Natal averiguar sua situação. Sabemos que, obviamente, não existe “alta” de pré-natal enquanto não ocorre o nascimento do conceito, ao mesmo tempo que é recomendada uma consulta semanal nas últimas semanas de uma gravidez, além do acompanhamento no puerpério – procedimentos que no contexto de pandemia poderiam ter sido realizados em domicílio²⁰.

Após as idas e vindas e depois de ter recebido a definição de sua data provável de parto para 16 de abril, Fulô do Agreste buscou atendimento tardiamente entre os dias 26 e 27 de abril, no Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Leide Morais (HMMM Leide Morais), localizado em Natal, Rio Grande do Norte. Acreditava que seria o melhor lugar para o nascimento de seu bebê. Nesse serviço ela efetivamente recebeu o

mínimo de prestação de cuidado de sua gravidez, embora tenha também sido exposta a uma certa negligência, uma vez que foi dispensada sem maiores orientações sobre os sintomas e o momento oportuno para a busca do hospital em caso de trabalho de parto.

Posteriormente, foi encaminhada para uma maternidade no município vizinho, São Gonçalo de Amarante. Depois, recebeu encaminhamento para retornar a Natal para a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC-UFRN). Fulô, por fim, foi atendida no Hospital e Maternidade Santa Catarina, em Natal, que a redirecionou para o hospital de referência em humanização da capital, HMMM Leide Morais, do qual havia partido. O hospital lhe encaminhou para o Hospital Percílio Alves, no município de Ceará-Mirim, a cerca de 50 quilômetros de distância de Natal, que, felizmente, a admitiu, mesmo em situação crítica e sem ter condições adequadas de realizar o atendimento obstétrico devido ao fechamento do setor de obstetrícia desse hospital anteriormente, em fevereiro de 2021.

Assim, percebendo toda a situação, solicitamos informações a Fulô sobre seus sentimentos vivenciados, momento em que ela informou que estava tranquila, com um pouco de medo referente à saúde do bebê, mas que sentia que estava tudo bem, contando que seu bebê se mexia normalmente. Informou também que havia utilizado óleo de prímula para estimular o trabalho de parto, gerando uma leve contração, mas nada que a fizesse associar à necessidade de ida ao hospital para parir. De qualquer modo, acabou por buscar o serviço, relatando que foi nesse primeiro atendimento no hospital de referência em humanização do parto (HMMM Leide Morais) que fez seu ultrassom, confirmando a possível gravidez prolongada (pós-datismo). O serviço de saúde detectou também a baixa quantidade de líquido amniótico e a encaminhou para outro serviço, no

município de Ceará-Mirim. Resumindo, a grávida chegou a passar em cinco hospitais, sendo duas dessas vezes no serviço de referência de parto humanizado, que a referiu, no final, para o citado Hospital Percílio Alves, situado a 50 quilômetros do anterior, mesmo sem recursos financeiros para tal deslocamento e com bolsa d'água já rota.

No dia 27 de abril de 2021, por volta das 10:40 horas da manhã de terça-feira, solicitamos que ela nos informasse sobre a sua chegada à maternidade para que pudéssemos fazer revezamento *on-line* entre nós, profissionais que a orientávamos, e conversar sobre as condutas que seriam propostas. Enfatiza-se que a nossa opção de conduta foi a de orientá-la de forma a apoiá-la para um desfecho satisfatório e para reduzir danos diante da sua difícil trajetória relatada. Por isso, indagou-se quanto à forma e às condições com que ela iria para o hospital em Ceará-Mirim, se ela o conhecia e se estava se sentindo bem para isso. Ela confirmou que seria “tranquilo” ir para esse serviço.

Por volta de 12:30 horas, finalmente havia chegado ao Hospital Percílio Alves, em Ceará-Mirim e sido admitida enquanto parturiente, mas sem direito a acompanhante, pois sua sogra foi orientada a ficar do lado de fora do serviço. Assim, a orientamos que, nesse processo, fizesse movimentos para promover o desenvolvimento do trabalho de parto, que evoluiria melhor com o relaxamento do corpo e da mente. Foi indicado, ainda, o uso de musicoterapia para esse processo, solicitando que ela colocasse um fone de ouvido com músicas que a agradassem para relaxar e abstrair-se dos problemas e processos que estava enfrentando – o que ela informou que faria e, posteriormente, mostrou-se grata pela sugestão, visto que proporcionou uma sensação de maior tranquilidade e confiança.

Com o sentimento de que aquela jovem mãe estava sendo jogada à própria sorte,

contivemos as nossas emoções e a orientamos quanto à infusão venosa farmacológica e de indução à base de ocitocina, que haviam lhe instalado no hospital, acreditando que provavelmente isso aceleraria suas contrações, estimulando o parto; ao mesmo tempo que nos interrogávamos, avaliando que a situação descartaria tal necessidade. Com nossa orientação, ela disse que ficou tranquila, até porque queria ter um parto normal, como foram seus dois partos anteriores, afirmando que, se esse fosse o caminho, estava seguindo tudo bem.

Fomos informadas um pouco mais tarde, pela própria Fulô, que já estavam cogitando a cirurgia de cesariana para seu caso. Diante dessa informação, foi necessário saber como se sentia diante dessa possibilidade. Ela afirmou que queria ter parto normal e que tinha medo da cirurgia, por isso tentamos acalmá-la, esclarecendo suas dúvidas e informando todos os principais procedimentos que aconteceriam nessa cirurgia, desde a anestesia, a incisão, a saída do bebê, o tempo de duração, as sensações do corpo anestesiado e a sensação pós-cirúrgica. Mesmo atuando para esclarecer sobre o procedimento de cesariana, sugerimos que ela informasse à equipe que desejava ter mais um parto normal e que, no período de uso do soro, deveria continuar andando e se exercitando para ajudar o corpo a desencadear o trabalho de parto.

Para nos situar quanto às condutas possíveis diante de seu trabalho de parto, inquirimos se Fulô havia feito exames complementares e de cardiotocografia para avaliar a vitalidade fetal. Ela respondeu que sequer sabia do que se tratava. Descrevemos o exame e o aparelho detalhadamente para que pudesse recordar se em algum momento o havia feito, o que ela não confirmou. Isso aumentou os nossos medos sobre os riscos que a parturiente poderia correr, uma vez que nem mesmo a ausculta fetal foi verificada com um sonar, nem com o estetoscópio de Pinard.

Isso nos despertou para a deficiência de comunicação com a parturiente e sua família, dos profissionais que a atenderam até o momento, e para a não observância dos procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde²¹.

Ainda em 27 de abril, às 16:00 horas, aproximadamente, a sogra de Fulô foi informada que deveriam buscar outro lugar para o parto, pois o hospital não tinha condições de atendê-la por falta de material e equipe. Esse fato gerou uma reação da sogra, que notificou a rede de apoio de voluntários da qual fazíamos parte, que, por fim, pressionou as autoridades da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte e a Assistência Social do próprio Hospital Percílio Alves, em Ceará-Mirim, para resolver a questão.

Por volta das 17:30 horas, Fulô nos comunicou que realmente ia ser submetida a uma cesárea e que o soro tomado seria apenas para a reposição volêmica, não contendo qualquer medicamento para estimular o trabalho de parto e atender-lhe o desejo de ter um parto normal. Tal informação de procedimento nos deixou aliviadas, ao perceber que uma assistência mínima seria feita. Mesmo assim, ficamos nos indagando os motivos da não realização de um atendimento de qualidade, informação e ações completas para propiciar um desfecho favorável a essa mãe e seu bebê.

Às 19:30 horas, Fulô nos disse que ainda estava aguardando a chegada da médica que viria fazer a sua avaliação obstétrica, a mesma obstetra que já havia feito seu atendimento pela manhã no Hospital Maternidade Leide de Moraes, em Natal, que estaria a caminho para operá-la em Ceará-Mirim. Informou-nos, ainda, que havia tomado três bolsas de soro por indicação de uma enfermeira e que tinha sido feito exame de toque, verificando que estava com 2,5 centímetros de dilatação e sem contração uterina. Afirmou também que estava se sentindo bem e que a cirurgia não estava mais representando

um medo, pois tinha entendido que essa seria a melhor conduta para ela.

Às 22:11 horas, com a chegada médica da capital, Fulô foi encaminhada para o centro cirúrgico para a realização do procedimento cirúrgico-obstétrico. Entendemos que a notícia da cesárea seria algo positivo, diante de tudo o que aconteceu até então e que a ida da obstetra pode estar relacionada aos esforços e ações das várias pessoas que, mesmo a distância, se mobilizaram para reduzir os danos a essa mulher, já que se temia que a falta de recursos do hospital terminasse em tragédia, com desfecho materno-fetal desfavorável.

Depois da alta, em situação de puerpério, Fulô nos informou que precisou retornar ao município onde pariu, pois o filho não tinha sido registrado e precisava fazê-lo. Em razão de seu bebê ter nascido com um pouco mais de 3.500 quilos, o pediatra que o atendeu em consulta na UBS considerou a importância da amamentação, referindo que aquele peso era “um absurdo”, que o bebê era “grande” e com isso o leite que aquela mãe iria produzir não seria o suficiente para nutri-lo, sendo necessária a utilização de polivitamínicos para dar como suplemento ao recém-nascido. Essa conduta médica desconsidera totalmente as diretrizes do Ministério da Saúde, que estimula o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida²².

Desafios, vulnerabilidades e fatores de proteção

Entre os desafios verificados no caso relatado, a mudança de residência e as perdas vivenciadas na gravidez influíram no acompanhamento pré-natal de Fulô, que se mostrou inadequado e gerou a perda da possibilidade de rastreamento oportuno de afecções e comorbidades decorrentes de sua gravidez e do acolhimento às perdas e a sua vividez, que poderiam repercutir na sua saúde mental e em desfechos em desfavor da saúde materna e fetal.

Sobre as múltiplas vulnerabilidades, destaca-se o fato de Fulô não ter tido informações necessárias sobre os serviços de referência locais e sobre o seu direito de seguir em acompanhamento pré-natal. Devido ao seu estado de apatia e de falta de estímulo, passava muitas horas do dia na cama, sem noção de tempo e nem de quantas semanas de gravidez exatamente estava. Considerando a singularidade de cada gravidez e parto e sabendo que cada situação é singular e que as realidades de atendimento à saúde no Brasil são tão diversas, observa-se que as maiores deficiências na assistência têm características comuns e um aspecto quase sempre constante: o silêncio das mulheres que se tornam mães e que silenciam sobre suas próprias experiências, contribuindo para que todos os problemas acabem, de certa forma, naturalizados frente a situações absolutamente evitáveis e indesejáveis.

Uma segunda questão que nos gerou incômodo enquanto obstetrias foi o isolamento de Fulô de sua acompanhante, em todo período de interna no hospital, em um flagrante desrespeito à lei nº 11.108, de 2005²³, que garante “a obrigatoriedade de permissão para a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”, legislação que facilmente se ignora, nesse momento, com a inadequada justificativa de que aumentaria o risco de disseminação do vírus da covid-19 no ambiente hospitalar. Ressalta-se que os acompanhantes da parturiente poderiam receber equipamento de proteção individual (EPI) e orientações de higiene das mãos e máscaras descartáveis para deter a infecção por covid-19, além de se poder fazer o rastreamento de febre e sintomas gripais antes de serem admitidos nas áreas de assistência ao parto. Foi verificado que a presença da sogra de Fulô, nesse caso, mesmo do lado

externo do hospital, foi um apoio familiar importante, uma vez que ela esteve atenta e preocupada com a nora por meio de celular, cuidado que vinha tendo desde que a gestante havia completado 41 semanas de gravidez e teve perda de líquido amniótico, quando passou a acompanhá-la na busca por maternidades.

Um terceiro ponto muito conflitante dessa cadeia de omissões e falta de empatia foi a forma como se deu a saída de Fulô das UBS que a atenderam, sem nenhuma ação ou acompanhamento, mesmo diante do diagnóstico da gestação, aumentando o risco dela e do bebê virem a fazer parte dos números de mortalidade materna e de óbitos fetais. A gestante ficou mais de dez horas perdendo líquidos e, provavelmente, com bolsa rota, o que aumentava o risco de infecção do líquido amniótico. Não houve a prescrição de nenhum tipo de antibiótico para reduzir esse risco e nem a sua inclusão em observação para controle de sinais vitais e identificação de aumento de temperatura corporal, bem como não a informaram sobre tais possibilidades e os possíveis riscos que corria.

Todos esses detalhes alertam para a falta de observância das normas de melhores práticas e de humanização²⁴, da deficiência do espaço de escuta ativa e do plano de parto, que tem a função de registrar a vontade da grávida, discutir e prepará-la para situações e decisões no momento do parto. Sem isso, torna-se inexecutável a oferta de informações e orientações para a gestante e sua família quanto aos sinais de alerta e, em consequência, também a facilitação da ampliação do vínculo afetivo entre família, mãe e feto. No caso de Fulô do Agreste, a falta de vínculo com um serviço de saúde que realmente a cuidasse a privou de meios para promover a sua autonomia, para além das dimensões do ciclo gravídico e puerperal, e de auxiliar na construção de perspectivas diante da situação de vulnerabilidade social em que vivia.

Essas situações deixam evidente algumas das maiores deficiências do nosso sistema de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, que são: a ausência de informação, a baixa capacidade de decidir e fazer escolhas informadas e exercer e fazer respeitar direitos já conquistados nas normas e legislações nacionais²⁴⁻²⁵. Para nós que a acompanhamos a distância, ficou difícil compreender a real situação do serviço, sua realidade e qualidade, mas foram observadas diversas falhas em sua atenção, inclusive no momento de parir. Imagina-se que um serviço situado em uma capital e que é referência na área, como o Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Leide Morais, a encaminharia para outro serviço preparado para atendê-la em qualquer eventualidade que pudesse acontecer, como orienta a lei nº 11.634, de 2007, que garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual será sua maternidade de referência e de visitá-la antes do parto²⁵. Enfim, como era de se esperar, o melhor não aconteceu, o que nos levou a refletir sobre os próximos passos e como poderíamos ajudá-la, já que não tínhamos todas as informações sobre os recursos que a gestante tinha para orientarmos o que poderíamos fazer.

Entre os fatores de proteção e de amenização da vulnerabilidade no trajeto de Fulô do Agreste, situamos a presença e presteza de sua sogra, que foi quem passou informações importantes sobre o processo de atendimento, inclusive para nós no dia do parto. No primeiro contato, a sogra logo demonstrou sinais de que ambas apresentavam um desconhecimento enorme de todos os processos do período gravídico, mesmo que tenha sido a sua terceira gravidez. Esse fato gerou várias consequências ao desfecho do nascimento, oriundo de uma gravidez caracterizada por perdas e desinformação, falta de acolhimento e vínculo e peregrinação entre serviços de saúde, terminando em mais uma entre as tantas

cesarianas feitas no país, fato que não conseguimos sequer qualificar como bom ou ruim no contexto de toda essa situação.

Essa dúvida quanto à propriedade dos procedimentos finais deixa muita reflexão, porque há a sensação de que se tornam naturais as violações de direitos humanos e reprodutivos, contribuindo, quase sempre, para que nos acostumemos com coisas erradas e, quando não, para que fiquemos felizes pelo desfecho não ter sido catastrófico. Assim, assume-se que muitas vezes a função do profissional de saúde não é dar assistência adequada ao parto, e sim de promover a redução de danos a essas mulheres, geralmente tão jovens.

Refletindo sobre os contatos com Fulô do Agreste, pôde-se perceber sua voz distante e muito baixa e sua calma perante os problemas, aspectos que mais do que tudo caracterizavam um estado de choque no caos instaurado em sua vida, em que muitas coisas pareciam não fazer mais sentido. Esse quadro, para a Obstetrícia, fez sempre pensar como seria o desfecho dessa gravidez, até porque o parir é sim algo fisiológico, mas os aspectos psicológicos envolvidos deveriam ser sempre considerados. O desânimo pós-traumático consequente à infecção e perda do marido devido à covid-19 também trouxe uma expectativa de como seria o puerpério diante de tantas vulnerabilidades, além de como seria o seu acesso aos cuidados de saúde no pós-parto.

Ouvindo Fulô e, em algumas oportunidades, também a sua sogra, percebemos algumas falas que confirmavam pesquisas que apontam as precariedades e o desmonte dos ambientes de saúde do SUS e da atenção obstétrica durante a pandemia²⁶. Nos fez perceber que essa triste realidade, nos dias de hoje, está cada vez mais evidente em todos os estados brasileiros, resultando no retorno das peregrinações entre os serviços em busca da assistência, como já existiu em outros

tempos. No caso de Fulô, acreditamos que a peregrinação ocorre devido às lacunas existentes entre os sistemas de referências de saúde, um problema que aparece desde a atenção primária até a terciária, tornando inexecutável a efetivação plena do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e de boas práticas de atenção de acompanhamento do puerpério²⁷⁻²⁹.

É preciso admitir que, por mais paradoxal que seja o desconhecimento de algumas consequências desse desmonte sanitário, tal realidade pode servir como um alerta, frente a qual cabe aos profissionais de saúde, mesmo em situações de exceção como foi o nosso atendimento a distância fornecido a Fulô, a responsabilidade de guiá-la, do modo mais firme e consciente possível, para que essa situação não contribuísse para a elevação dos índices de mortalidade materna. Ou seja, o mínimo que se deve buscar é entender e evitar tal consequência.

Percebe-se a existência de diversidades regionais e a defasagem na chegada e implementação de novos protocolos de humanização do parto, mesmo com a disponibilidade eletrônica de notas técnicas e as orientações de protocolos de fluxo disseminados pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais. Ainda são necessárias ações que acompanhem os indicadores de monitoramento das boas práticas que sustentam a experiência positiva na perinatalidade, ao mesmo tempo que os achados de pesquisas científicas devem ser considerados e adaptados à realidade sociodemográfica de cada território, considerando a cultura, as desigualdades sociais e disparidades econômicas e de oportunidades.

Na realidade obstétrica, as deficiências ficam muito evidentes quando aparecem, não importando se são grandes ou pequenas. Por isso, cabe a nós o desafio de amenizá-las de forma segura. É nítida a necessidade de se fazer sempre parcerias e contatos na rede de assistência

à gravidez, ao parto e ao nascimento, para que a atenção à saúde aconteça e até a mínima delicadeza, escuta e um olhar atento permitam que esses momentos transcorram com segurança.

Mesmo abalada pela ausência de seu companheiro, a maternidade para Fulô foi o reflexo da felicidade materializada na imagem linda e saudável daquele bebê que recebeu o mesmo nome do pai, ressignificando todo o sofrimento até então vivido. Ao recebermos a foto, depois de todo o procedimento do nascer acabado, junto aos agradecimentos da própria Fulô, aprendemos sobre a importância da participação no processo de gestação, parto e puerpério, mesmo a distância, mostrando que a nossa forma de “sobreviver” enquanto profissionais, em meio ao caos, perpassa a qualquer sabedoria técnica aprendida em livros. Todos foram sobreviventes e em meio a todos os obstáculos resistiram e se apoiaram mutuamente para que houvesse um “final feliz”, mesmo diante das adversidades. Foi pela confiança depositada por Fulô em nós, para receber todas as orientações e explicações de procedimentos por telefone, que a nossa atuação conjunta se tornou, de certa forma, um apoio e uma força para enfrentar a realidade de ser mãe solo com órfãos durante (e esperamos, em breve, ser após) a pandemia de covid-19.

Considerações Finais

O maior crescimento profissional que tivemos, no caso narrado, foi o de assimilar todos os acontecimentos e tomar condutas imaginando como seria se estivessemos efetivamente presentes no cenário e entender que é necessária a compreensão de diversas realidades de assistência ao parto e suas singularidades. Todavia, ainda é um caminho longo que há de se percorrer.

Em resumo, o hospital referência em humanização na capital Natal realizou atendimento à

gestante duas vezes. Depois, fez transferência para outro hospital em município vizinho e lá um obstetra a orientou a retornar para o serviço de referência, que tornou a transferi-la para outro município, mas não ofereceu nenhum tipo de apoio ou transporte. A grávida, em jejum, depois de longa viagem e peregrinação, só foi admitida horas depois, momento em que as enfermeiras instalaram acesso venoso, mesmo que em um serviço precário, em crise e ameaçado de fechamento.

Enfim, “o que é vivido não é possível de ser mudado”. Esse lema nos norteou diante da realidade sentida por Fulô, causando-nos sentimentos de tristeza e impotência por não ser possível dar a continuidade ao cuidado, fazendo com que seguíssemos com a sororidade que professamos. Porém, há algo muito concreto que se aponta e que precisa ser feito: o respeito aos direitos dessas mulheres que ousam parir no temerário Brasil de hoje e a urgência de constituir uma rede de atenção perinatal com elementos de saúde e atenção psicossocial como um direito de saúde sexual e reprodutiva em todo o território e com respeito às características regionais. Todos sabem que não é uma ideia nova, mas sabe-se também que ainda não foi efetivada.

Referências

1. Declaración del Director General de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional acerca del nuevo coronavirus (2019-nCoV) [internet]. 2020 [acesso em 06 ago 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *CadSaude Publica*. 2017;33(1):, 1-17.

3. Organização Mundial de Saúde - OMS. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez [internet]. [acesso em 06 ago 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. Amorim MMR, Soligo Takemoto M, Fonseca EBD. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223(2):298-299.
5. Stofel NS, Christinelli D, Silva RCS, Salim NR, Belezza ACS, Bussadori JCC. Atenção perinatal na pandemia da covid-19: análise de diretrizes e protocolos nacionais. *Rev Bras Saude Mater Infant* [internet]. 2021 [acesso em 05 ago 2021]; 21 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100005>.
6. Rodrigues Junior OL. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação. Notas sobre a evolução de um conceito na modernidade e na pós-modernidade. *Rev Inform Leg* [internet] 2004 [acesso em 05 ago 2021]; 41(163):113-130. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/bdsf/bitstream/id/982/4/R163-08.pdf>.
7. Paula SHB, Silva AL, Beraldi R. Direito à autonomia em saúde: onde mora vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. 109-118. (Temas em saúde coletiva, 10)
8. Raimundo VK. Saúde Reprodutiva na Pandemia Covid-19: os desafios e respostas na atenção ao pré-natal em Franco da Rocha [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021 [acesso em 20 abr 2021]. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151752/tcc-vitoria-karen.pdf>
9. Mattar LD. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur. Rev Internacional Direitos Humanos* [internet]. 2008 [acesso em 09 ago 2021]; 5, (8):60-83.. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>.
10. Brasil. Lei Orgânica da Saúde [internet]. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 [acesso em 05 ago 2021].. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htmlBrasil, 1990).
11. Mott MLB. Madame Durocher, modista e parteira. *Estudos Feministas* [internet]. 1994 [acesso em 05 ago 2021]; 2(3):101-116. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/43904488>.
12. Melo MAS, aula SHB, Siqueira SR, Corbani NMS, Santiago ACC. Educação pré-natal com utilização de recursos expressivos: conceitos, estratégias e transposição para atenção primária. *Bol Inst Saude* [internet]. 2019 [acesso em 05 ago 2021]; 18(2):82-94. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016870/bis-v18n2-educacao-comunicacao-82-94.pdf>.
13. Souza LM. A dor do parto: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos [internet][dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2007 [acesso em 05 ago 2021]. Disponível em: https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1877/1/trabalho_parte1.pdf
14. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc. saude colet* [internet]. 2005 [acesso em 05 ago 2021]; 10(3):627-637. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVfFy8PdNkYgJ6ssQ/>. Doi: 10.1590/S1413-81232005000300019 2005.
15. Organização Mundial da Saúde - OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [internet]. Genebra: [acesso em 05 ago 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.
16. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Recomendação Nº 039, de 12 de maio de 2020. Recomenda aos Governadores Estaduais e Prefeitos Municipais o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção social e garantia dos direitos das mulheres [internet]. [acesso em 06 ago 2021]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco039.pdf>.
17. Volochko A. Mortalidade materna: determinantes socio-políticos. In: Kalckmann S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza SR, organizadores. *Nascer com equidade*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. p.111-132. (Temas em saúde coletiva, 11).
18. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *CienciaSaude Col* [internet]et . 2013 [acesso em 10 ago 2021]; 18(4): 1059-1068. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yj3VSYTbmRnPPWj6VSkVvWh/?format=pdf&lang=pt> doi:10.1590/S1413-81232013000400019>.
19. Norman AH, Tesser CD. Obstetras e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva.

- Revista Brasil Medicina Família e Comunidade [internet] 2015 [acesso em 10 ago 2021]; 10(34): 1-7. Rio de Janeiro. DOI: 10.5712/rbmfc10(34)1106. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1106>.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica nº 7/2020-COS-MU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS [internet] [acesso em 05 ago 2021] Trata das orientações a serem adotadas na atenção à saúde das gestantes no contexto da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/gestantes-nota-tecnica-no-6-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms/>
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 [internet] / Brasília(DF); 2020.
22. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: saúde da criança, aleitamento materno e alimentação complementar [internet]. [acesso em 05 ago 2021]2. ed. Brasília (DF); 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
23. Brasil. Lei Federal nº 11.108, de 7 abril de 2005. Garante às parturientes direito a acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada. Diário Oficial da União. 8 abr 2005.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento [internet]. Brasília; 2000 [acesso em 5 ago 2021]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
25. Brasil Lei Federal nº 11.634/2007, de 27 de dezembro de 2007. Garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual é a Maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto. Diário Oficial da União. 28 dez 2007.
26. Monteiro N. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. Physis: Revista de Saúde Coletiva [internet]. 2020 [acesso em 12 jul 2021];30(03):e300304. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300304/pt?doi=10.1590/S0103-73312020300304>.
27. Parada CMGL. Women's health during pregnancy, childbirth and puerperium: 25 years of recommendations from international organizations. Rev Bras Enferm [internet]. 2019 [acesso em 12 jul 2021];72():1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/w9NjtPShP8F7Yfp9ShXbZDh/?format=pdf> doi: 10.1590/0034-7167-2019-72suppl301.
28. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicol Soc [internet]. 2017 [acesso em 5 ago 2021]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt> Doi:/10.1590/1807-0310/2017v29155043.
29. World Health Organization - WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 5 ago 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.