



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

LUIZA VERSIANI CINTRA FERREIRA

**IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 EM MULHERES, NO PERÍODO  
GRAVÍDICO PUERPERAL, MORADORAS DA VILA DO BOA, SÃO SEBASTIÃO -  
DF, 2020-2022**

Brasília/ DF  
2024



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Luiza Versiani Cintra Ferreira

**IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 EM MULHERES, NO PERÍODO  
GRAVÍDICO PUERPERAL, MORADORAS DA VILA DO BOA, SÃO SEBASTIÃO -  
DF, 2020-2022**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Departamento  
de Saúde Coletiva na Universidade de Brasília

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosamaria Giatti Carneiro

Brasília- DF  
2024

LUIZA VERSIANI CINTRA FERREIRA

**IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 EM MULHERES, NO PERÍODO  
GRAVÍDICO PUERPERAL, MORADORAS DA VILA DO BOA, SÃO SEBASTIÃO -  
DF, 2020-2022**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Departamento  
de Saúde Coletiva na Universidade de Brasília

BANCA EXAMINADORA

Rosamaria Giatti Carneiro

---

Orientadora

Érica Lima de Costa Menezes

---

Membro

Antonia de Jesus Angulo Tuesta

---

Membro

Aprovado em: 13 de Setembro de 2024

## **Agradecimentos**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus pela oportunidade de estar viva, com saúde e ter o privilégio de estudar na Universidade de Brasília (UnB). Agradeço também aos meus guias protetores, meu pai Joaquim e Mariazinha por estarem sempre ao meu lado me amparando e me dando forças para que eu possa trilhar meu caminho bravamente.

Ao meu pai Frederico, grande incentivador e amante da UnB que sempre acreditou no meu potencial desde o ensino médio quando nem meus professores e nem eu mesma me achava capaz. Agradeço imensamente por todas as nossas conversas, ensinamentos e conselhos, por todas as vezes que estava confusa com o curso, por inúmeras vezes que me ajudou na correção de textos, trabalhos e apresentações. Sou grata por tê-lo como pai e por ter vindo sua filha nessa vida, você será para sempre meu primeiro e grande amor, meu herói e meu exemplo de homem e em tudo que se compromete a fazer.

À minha mãe Mariana, por ter me dado o dom da vida. Por me dar apoio e incentivo sempre que fosse preciso. Mulher forte que me ensina tanto a viver com intensidade e sem medo de enfrentar os problemas cotidianos. Um dia espero ser um orgulho para a senhora e poder te proporcionar diversos momentos que ainda não pôde viver e que espero que um dia, consigamos juntas.

Aos meus anjos enviados por Deus, meus segundos pais Helen e Felipe minha “boadrasta e paidrasto”. Obrigada por tanto amor, carinho, e zelo. Por todas as vezes que cuidaram de mim, também sempre cuidarei de vocês. Nunca serei capaz de expressar minha gratidão e felicidade por tê-los em minha vida, por me proporcionarem momentos que graças a vocês pude e posso viver, por me ajudarem no meu crescimento pessoal e também profissional. Espero um dia poder recompensá-los por tudo. Vocês são meus presentes.

Aos meus avós maternos, Cláudia e Eduardo, por tanto amor, incentivo e cuidado. Por todos os puxões de orelha para que eu fosse uma pessoa melhor. Obrigada por todas as vezes que me acolheram na casa de vocês para facilitar minha ida à faculdade, por me emprestarem o carro para ir aos estágios e por toda disponibilidade. À minha avó paterna e grande exemplo de superação, Benedita, passou no concurso público aos 51 anos e assumiu aos 55. Obrigada por tudo que a senhora fez por mim desde que eu era uma recém nascida, por ter ensinado meus pais a cuidarem de mim porque eram muito jovens. Nunca vou conseguir expressar o amor e gratidão que sinto

por ter você em minha vida. Grata por tantos ensinamentos, por tanto cuidado comigo, por sempre estar disponível para mim, por estar comigo independente da minha fase, por fazer a comida mais confortante do mundo. Que Deus conserve a senhora, que Ele e Nossa Senhora te deem muita saúde para viver muitos anos, quero que a senhora possa ver eu me formando, assumindo meu concurso, casando e sendo mãe. A senhora é minha inspiração de vida, te amo com todo o coração!

Aos meus irmãos Pedro, Guilherme, Helena, Miguel e Fernanda por me mostrarem um amor que só pude descobrir depois de 12 anos como filha única. Sempre farei de tudo por vocês e tentarei ser sempre uma pessoa melhor e também um exemplo que possam seguir como filhos mais novos. Obrigada por estarem em minha vida.

Ao meu namorado, Rayan, por ter aparecido em minha vida tão despreziosamente e por ter tomado conta do meu coração por inteiro. Obrigada por me incentivar tanto, por acreditar em mim e me mostrar minhas qualidades. Sou imensamente grata por nossos caminhos terem se cruzado, espero viver essa vida toda ao seu lado! À minha sogra, Marly, por ser tão cuidadosa e atenciosa comigo. Obrigada por todas as vezes que me deu colo, por todas as vezes que cuidou de mim, por me tornar uma pessoa melhor, por tantos ensinamentos e por ser essa pessoa única e tão especial. Espero um dia ser tão positiva e batalhadora como a senhora, eu te amo muito.

Agradeço também à minha amiga de curso, Vanusa, que sempre me deu tanta força para continuar e não desistir do curso. Obrigada por tantos momentos juntas, espero que possamos viver muitos ainda. Obrigada por me presentear com um sobrinho que será lindo e cheio de saúde. Obrigada por tanto amiga!

Por último e não menos importante, por todo corpo docente de Saúde Coletiva e também de outros cursos por tantos ensinamentos compartilhados que me fizeram chegar aonde estou hoje! Em especial, agradeço também à minha orientadora Rosamaria Giatti Carneiro por me incentivar e acreditar em mim. Obrigada por tanto conhecimento e tanta força para que eu não desistisse deste processo.

## **Resumo**

Este estudo tem por objetivo analisar o impacto da pandemia de Covid-19 na assistência à saúde no período gravídico puerperal das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na localidade de Vila do Boa - São Sebastião (DF), a partir da percepção das usuárias. A partir do questionário online fechado e também de entrevistas semi-estruturadas, foi realizada a análise de conteúdo com a finalidade de captar a percepção e também as vivências das mulheres quanto ao seu período de gestação, parto e pós-parto. Os resultados permitem mostrar que a maioria das mulheres possuem apenas o Ensino Fundamental Incompleto, o que reflete na vulnerabilidade e desigualdade social, para mais, as mulheres apesar do momento conseguiram realizar seu acompanhamento de pré-natal, além disso, mais da metade delas completou o esquema vacinal, disponível naquele momento e, a maioria delas não teve Covid durante sua gestação. Esses dados sugerem que tanto a vulnerabilidade social quanto também a desigualdade social são tão pavorosos entre as mulheres mães pobres e periféricas, que uma pandemia pode ser assimilada como um fenômeno que não alterou seu cotidiano mas sim, intensificou de forma tão trucidar.

**Palavras-Chave:** Pandemia; Período Gravídico Puerperal; Assistência à Saúde; Saúde Coletiva.

## **Abstract**

This study aims to analyze the impact of the Covid-19 pandemic on healthcare during the pregnancy and postpartum period for users of the Unified Health System (SUS) in the Vila do Boa - São Sebastião (DF) area, based on the perception of the users. Using a closed online questionnaire and semi-structured interviews, content analysis was conducted to capture the perceptions and experiences of women regarding their pregnancy, childbirth, and postpartum period. The results show that the majority of the women have only incomplete primary education, reflecting social vulnerability and inequality. Despite the challenging period, the women were able to complete their prenatal care, and more than half of them completed the available vaccination schedule at the time. Most of them did not contract Covid-19 during their pregnancy. These data suggest that social vulnerability and inequality are so severe among poor and peripheral mothers that a pandemic can be perceived not as a disruption to their daily lives, but as something that further intensifies their already harsh reality.

**Keywords:** Pandemic; Pregnancy-Puerperal Period; Healthcare Assistance; Public Health.

## **Lista de Siglas**

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Código mundial de incidência e prevalência de doenças

CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DF - Distrito Federal

DRA - Doença Respiratória Aguda

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

eSF - equipes de Saúde da Família

HRL - Hospital Regional de São Sebastião

IPEDF - Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal

IST's - Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PNI - Programa Nacional de Imunizações

RA - Região Administrativa

RMM - Razão de Morte Materna

SES - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

WHO - World Health Organization

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 - Óbitos declarados pelas principais causas diretas entre 2009 e 2021; Gráfico 2 - Óbitos declarados por causas indiretas entre 2009 e 2021; Gráfico 3 - Porcentagem de óbito por Covid-19 por raça/cor para os anos de 2020, 2021 e 2022; Gráfico 4 - Porcentagem de Raça/Cor, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 5 - Porcentagem do estado civil, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 6 - Porcentagem do nível de escolaridade, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 7 - Porcentagem de quanto tempo as mulheres mães residem na Vila do Boa, a partir do formulário na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 8 - Porcentagem de mulheres que fizeram isolamento social, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 9 - Porcentagem de doses tomadas pelas mulheres moradoras da Vila do Boa, de acordo com o formulário, no ano de 2020 a 2022; Gráfico 10 - Porcentagem de meios de transporte utilizados para ir ao trabalho, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 11 - Porcentagem do número de mulheres mães que receberam auxílio emergencial, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 12 - Porcentagem de mulheres mães que continuaram trabalhando quando foi decretado a pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 13 - Porcentagem de mulheres que engravidaram durante a pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa 2020-2022; Gráfico 14 - Porcentagem do número de filhos, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 15 - Porcentagem de mulheres que já possuíam filhos antes da pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 16 - Porcentagem do número de mulheres que fizeram acompanhamento de pré-natal durante a gestação na pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 17 - Porcentagem de partos normais e cesarianos, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020 a 2022; Gráfico 18 - Porcentagem de quem possuiu acompanhante durante o parto e o pós-parto, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 19 - Porcentagem de mulheres que contraíram Covid-19, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 20 - Porcentagem de mulheres que tiveram ou não Covid-19 durante o período gestacional, de acordo com o formulário, na Vila do Boa de 2020 a 2022; Gráfico 21 - Porcentagem dos serviços acessados durante a pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 22 - Porcentagem de mulheres que utilizaram o sistema de saúde para se cuidar em algum momento da

pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 23 - Porcentagem de satisfação com os serviços de saúde prestados durante a pandemia para garantir segurança e bem-estar das mulheres, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 24 - Porcentagem da participação de grupos presenciais ou virtuais de apoio à saúde da mulher durante a pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 25 - Porcentagem de Realização algum tipo de consulta virtual relacionada à saúde da mulher, de acordo com formulário, na Vila do Boa, 2020-2022; Gráfico 26 - Número de nascido vivos e taxa de natalidade - Região Leste, 2015; Gráfico 27 - Número absoluto de nascimentos segundo série histórica – 2011, 2016, 2019, 2021 e 2022 (DF).

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 História de São Sebastião e da Vila do Boa.....	14
1.2 Aspectos gerais sobre o parto.....	18
1.3 A assistência à mulher no período gravídico-puerperal no SUS e no SUS/DF com foco em São Sebastião e na Vila do Boa.....	19
1.4 A pandemia da COVID-19 e as repercussões na assistência à mulher no período gravídico-puerperal.....	21
2. JUSTIFICATIVA.....	25
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	31
4. OBJETIVOS.....	37
5. METODOLOGIA.....	38
6. DADOS E DISCUSSÃO.....	41
6.1 Gestação e pandemia.....	60
6.2 Parto e pandemia.....	62
6.3 Pós-parto e pandemia.....	67
6.4 Amamentação.....	70
6.5 Vacinação.....	73
7. CONCLUSÃO.....	79
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

## 1. Introdução

Desde o final do ano de 2019, o mundo enfrentou uma crise após a descoberta de um novo vírus. Esse vírus é a variação de um coronavírus pré-existente denominado SARS-CoV-2, majoritariamente responsável por doenças respiratórias. A infecção com SARS-CoV-2 pode se apresentar clinicamente em três condições, como portadores assintomáticos, indivíduos com doença respiratória aguda (DRA) ou pacientes com pneumonia em diferentes graus de gravidade.

Os registros clínicos dos pacientes no início da infecção indicam que os sintomas mais comuns são febre, tosse, mialgia e fadiga, e também podem ser acompanhados por secreção respiratória, dor de cabeça, hemoptise e diarreia (Huang, 2020).

A pandemia trouxe inúmeras consequências mundiais para toda a sociedade. Ao se tratar de saúde, a morte é uma consequência final para o indivíduo que foi afetado por aquela doença. Ao falar da mortalidade materna, é imprescindível colocar que em maio de 2021, a média de óbitos de mulheres no período gravídico puerperal no Brasil foi de 47,9 por semana. No final do mesmo ano, foram notificados mais de 2039 óbitos em todo o Brasil. Diversos fatores acarretaram as mortes maternas, como por exemplo a vulnerabilidade social, fragilidades na assistência e também o medo que tinham em acessar o sistema de saúde (Ciência e Saúde Coletiva, [s.d.]).

Além de ter um agravante etiológico, existem também outros problemas por trás deste vírus que se intensificou na pandemia, como por exemplo o contexto de desigualdade social marcante quanto às condições de habitação, renda e estrutura demográfica. Sabe-se que o contexto socioeconômico é decisivo em relação à vulnerabilidade à doença, funcionando como um propulsor para expansão do novo coronavírus e, desta forma,

A população em vulnerabilidade social é a mais impactada pelos seus efeitos, dada a ausência e/ou insuficiência de recursos, estratégias de prevenção e/ou tratamento da doença em seus cotidianos, associados às dificuldades de realizar o isolamento social, manutenção do emprego e renda, bem como menor acesso à saúde e saneamento básico (Pires, 2020).

Além disso, o acompanhamento pré-natal é importante para a mulher, sendo essencial para minimizar riscos e até a mortalidade materna. As gestantes fazem

parte de um grupo vulnerável ao falarmos de doenças infecciosas. Com relação à imunização das mulheres gestantes, é imprescindível promover sua saúde e seu bem-estar, visto que as vacinas são responsáveis por contribuir com a erradicação e controle de doenças. Apesar da grande importância da vacinação, a adesão de vacinas contra a Covid-19 nacionalmente foi baixa: apenas 646 mil gestantes receberam a dose completa. Isso corresponde a 21,6% de todas as gestantes brasileiras que deveriam tomar as vacinas no ano de 2021. A baixa adesão às vacinas se relaciona às dúvidas e também ao alto índice de notícias e informações falsas a respeito de seu êxito (BCC,2022).

**Vacina Covid-19**

**Governo Federal orienta retomada da vacinação de gestantes e puérperas**

**Contexto**

Imunização do grupo havia sido suspensa em maio, após notificação de evento adverso grave

Retomada da vacinação ocorre após amplo debate e análise de dados e evidências

**Quais vacinas podem ser usadas em mulheres grávidas?**

Imunizantes que podem ser utilizados em gestantes: CoronaVac e Pfizer

Imunizantes contraindicados para gestantes: Janssen e AstraZeneca

**Crávidas que já tomaram a primeira dose da AstraZeneca**

É essencial, após o puerpério, tomar a segunda dose do mesmo imunizante

Tomar duas doses de vacinas diferentes não é recomendado a gestantes

Fonte: Ministério da Saúde

PÁTRIA AMADA BRASIL

Fonte: Gov.br, 2021

Dado que as mulheres mais vulneráveis foram as mais afetadas pelo vírus da Covid-19 devido um índice maior de contaminação relacionado a seus recursos, é de suma importância abordar o conceito da região administrativa São Sebastião e da Vila do Boa, pois serão abordadas dentro da pesquisa.

### **1.1 História de São Sebastião e da Vila do Boa:**

As terras que hoje constituem a Região Administrativa XIV do Distrito Federal, chamada de São Sebastião, antes da mudança da capital, pertenciam às fazendas chamadas de Taboquinha, Papuda e Cachoeirinha. Essas fazendas estavam de forma inapropriada durante a construção de Brasília. A partir de 1957, algumas olarias se instalaram ao longo de córregos para suprir as demandas de materiais presentes nas construções civis de Brasília. Após isso, essas terras tornaram-se propriedades por meio da Fundação Zoobotânica do DF.

Aos poucos, com a finalização do Plano Piloto, as olarias foram fechando. Mesmo assim, a população permaneceu na área desenvolvendo um vilarejo que, mais tarde, foi chamado de Agrovila de São Sebastião. Com isso, o território começou a se tornar uma área urbana ao longo dos córregos, resultando em uma localidade irregular do solo.

A cidade de São Sebastião está localizada ao sul do DF, na bacia hidrográfica do Ribeirão Santo Antônio da Papuda. Seu território ocupa uma área de 26.270,52 hectares e o abastecimento de água é realizado por meio dos reservatórios do Torto, Santa Maria, Bananal e Cabeça do Veado (Araujo, 2008).



Fonte: Google Earth, 2009

A população urbana de São Sebastião foi estimada, no ano de 2021, em 118.972 habitantes, de acordo com a PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios, publicada pela antiga CODEPLAN, hoje em liquidação, sendo criado em seu lugar o Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal – IPEDF (GOV, 2023).

A Vila do Boa é um bairro um pouco mais afastado da cidade, com uma atmosfera de um local de pessoas que amam o campo, estando inserido às margens do córrego Mato Grande.

Boaventura da Silva é um dos moradores mais antigos do bairro. Ele veio para Brasília em 1973, dando origem ao nome do bairro pelo tempo em que residia no local. “Seu Boa”, como era chamado, foi um dos produtores de hortaliças mais bem sucedidos entre as décadas de 1970 e 1980 na chamada Antiga Agrovila de São Sebastião (Araujo 2008).

Com o passar do tempo, seu Boa foi vendendo seus 15 hectares que foram comprados quando se separou de sua ex-mulher, conhecida como dona Senhorinha. Dos 15 hectares totais que possuía, dez foram destinados para seus filhos, logo após a separação de ambos. Seu Boa passou um tempo fora da cidade

e, devido sua ausência, dona Senhorinha se tornou a autoridade máxima e também a referência no bairro.

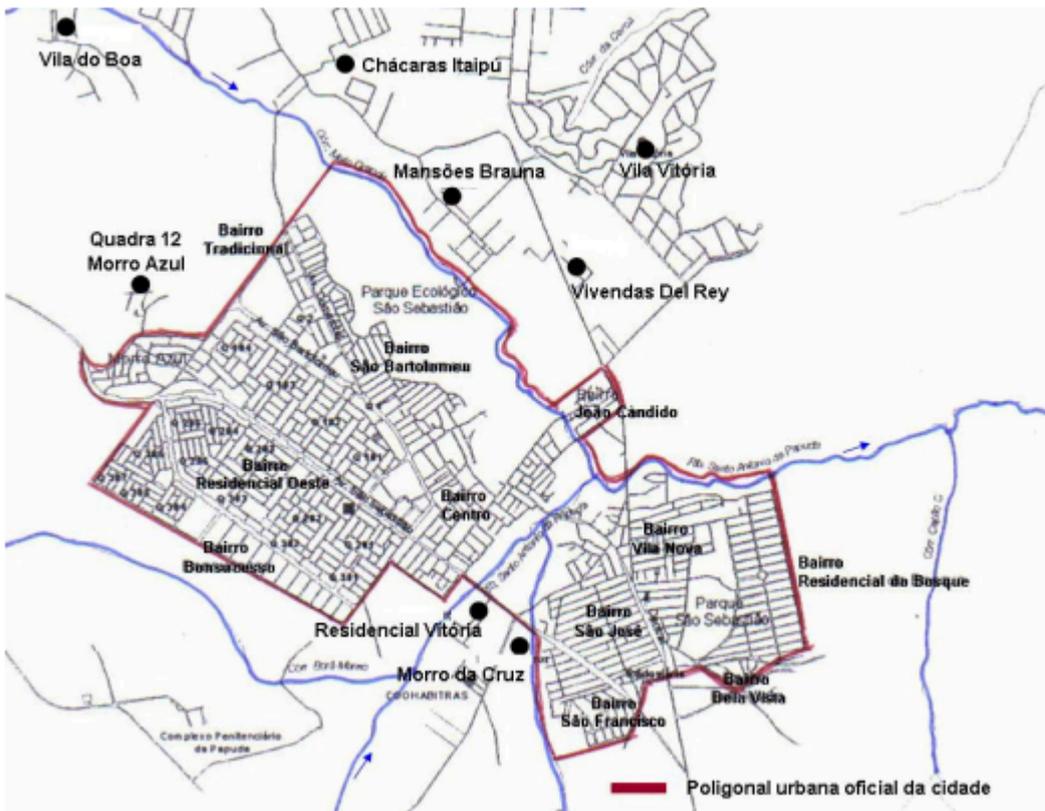
Durante muitos anos, a Vila do Boa não era considerada um bairro dentro de São Sebastião e, por isso, não poderia contar com os investimentos públicos que eram utilizados para a infraestrutura do local. Mais tarde, a Vila do Boa pôde ser inserida no futuro bairro e, finalmente, contou com a regularização das habitações existentes no local.



Fonte: Elaboração Própria, 2024



Fonte: Elaboração Própria, 2024



## **1.2 Aspectos gerais sobre o parto**

As questões de saúde sexual são muito mistificadas e ainda tratadas como um tabu na sociedade. Porém, visto sua presença e importância no cotidiano dos indivíduos, é de suma importância que sejam trabalhadas, necessitando de atenção e assistência por parte do Estado. Desta forma, é importante assegurar que as pessoas tenham acesso a métodos contraceptivos, prevenção contra IST's e planejamento familiar, responsável por incluir questões da saúde reprodutiva femininas e masculinas.

A saúde reprodutiva é responsável por envolver o bem-estar físico, mental e social que está relacionado ao sistema reprodutivo. Seu objetivo é permitir que as pessoas tenham uma vida sexual satisfatória e segura, garantindo e permitindo que exista uma abordagem abrangente para o cuidado com a reprodução.

Tradicionalmente, a realização dos partos se dava a partir de mulheres chamadas de “parteiras”, “comadres” ou “aparadeiras”, que costumavam assistir domiciliarmente todo o processo de gestação, parto e também o puerpério, exercendo os cuidados pós-parto da mãe e do recém nascido (UENF, 2017).

No geral, as parteiras eram alguém em quem a mulher confiava, pois, além da realização dos partos, elas também possuíam conhecimentos a respeito de propriedades curativas, anestésicas, analgésicas e anti-inflamatórias; capazes de fazer remédios, unguentos e emplastos. Com suas experiências ao longo dos anos, conseguiram desenvolver técnicas e manobras que poderiam auxiliar no cuidado da saúde das mulheres em todas as suas fases gestacionais, assim como nos momentos de parto e pós-parto (UENF, 2017).

No início do século XX, os obstetras começaram a validar a gestação e o parto como algo patológico por causar dores nas mulheres. Assim, os médicos começaram a se perguntar por que aquelas mulheres deveriam continuar sentindo dores por algo considerado natural (BVS, [S.D]). De acordo com Diniz (1996), existem contestações em relação às dores e também ao sofrimento que foram levadas aos médicos com intuito de ter novas ações e pensamentos capazes de auxiliar essas mães durante o processo do parto.

Com o avanço das tecnologias, contando com analgésicos que auxiliam todo processo, houve um grande sucesso de partos cesarianos em mulheres. Anteriormente, o parto cesárea era feito apenas quando as mulheres haviam

morrido como uma opção para tentar salvar a vida do bebê. Os partos cesarianos deixaram de ser apenas segundo plano e passaram a ser realizados também em mulheres vivas. As cesarianas passaram a ser o método mais utilizado de parto pelos médicos, pois acreditavam que este método seria uma forma mais segura e rápida para a recuperação da mãe e do bebê (Fiocruz, 2019). Porém, é importante ressaltar que ambos os partos podem ter intercorrências, trazendo consequências maléficas e benéficas.

Com a descoberta e também o aumento do número de partos cesárea em mulheres vivas, algumas intercorrências e negligências foram se tornando cada vez mais recorrentes durante esse momento. Dessa forma, é necessário e importante atrelar o tema à Saúde Coletiva (SC) por ser capaz de caracterizar e abordar o processo saúde-doença, além de analisar as necessidades, no geral, de forma integral, com ênfase no trabalho em equipe e também com o Sistema Único de Saúde (SUS). Dito isso, expor o que a Saúde Coletiva trabalha como forma de conceito de sua abordagem com foco na população feminina/mães vulnerabilizada traz a possibilidade de auxiliar o entendimento e expor o porquê e a relevância dentro do tema, salientando como, por exemplo, a epidemiologia, políticas públicas, ciências sociais e humanas em saúde; além de planejamento, política e gestão em saúde.

Além de trazer o foco para as mulheres, incluir as mulheres de periferia no contexto pandêmico auxilia e revela um olhar solícito quanto a população mais vulnerabilizada, principalmente dentro de uma sociedade permeada por preconceitos que geram consequências, como a falta da disseminação de conteúdos e informações e também a propagação das “*fake news*”.

### **1.3 A assistência à mulher no período gravídico-puerperal no SUS e no SUS/DF com foco em São Sebastião e na Vila do Boa;**

Em fevereiro de 2020, o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado no Brasil. Desde então, a pandemia e as ações governamentais foram variadas, com diminuição e aumento no número de casos, a partir de medidas como *lockdown* e início de vacinação em alguns locais (SciELO, 2022).

Um mês após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar a pandemia provocada pelo novo coronavírus, mulheres grávidas, puérperas e mulheres que passaram por abortamento foram consideradas como "grupo de risco" no Brasil. Em março de 2020, a OMS divulgou que o risco para mulheres grávidas e puérperas ao serem comparadas à população adulta é evasivo.

Em consonância com essa informação, o Ministério da Saúde publicou no começo de abril uma nota técnica na qual afirmava que a Covid-19 não estava associada a maior risco de agravamento para mulheres grávidas e puérperas, tendo estas apresentado quadros clínicos e taxas de complicação semelhantes aos de adultos não gestantes (Brasil, 2020). Ainda assim, a partir de 9 de abril todas as gestantes e puérperas no Brasil passaram a ser consideradas como "grupo de risco" no caso da epidemia (Silva et al., 2021).

Segundo Carneiro (2020), essa inclusão levanta inúmeros debates na seara da vida reprodutiva das mulheres brasileiras. Entre eles, está a discussão sobre o melhor local para se dar à luz, pois a ideia do hospital como lugar seguro para o nascimento se torna questionada.

Com a pandemia, os profissionais de saúde precisaram repensar a assistência prestada no pré-natal, no parto e no nascimento dos bebês. Existe uma preocupação quanto aos direitos que já foram conquistados, como, por exemplo, o respeito e a humanização. No cenário pandêmico, com a necessidade de reinventar diversos serviços, surge a possibilidade de uma atuação mais remota, com a condição de não se perder a perspectiva de que a gravidez e o parto, na maioria das vezes, são eventos fisiológicos em que a mãe conta principalmente com seu cônjuge e familiares.

A população do Distrito Federal conta com serviços de atendimento básico, urgência e especializados de acordo com a necessidade de cada indivíduo. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são estabelecimentos que atuam como porta de entrada para a saúde pública. O atendimento é voltado para as pessoas que moram ou trabalham na área onde está localizada a UBS. Já as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) atendem 24 horas, todos os dias do ano. São indicadas para situações que exigem atendimento imediato, em que os pacientes estejam em risco, inclusive para casos psiquiátricos (Gov.df, 2020).

A rede de saúde de São Sebastião é composta por UBSs, que desempenham um papel essencial no cuidado com a saúde da população em suas respectivas regiões. Não há pré-requisitos para ser atendido em uma das unidades,

sendo necessário levar apenas um documento com foto e o cartão nacional do SUS. É feita uma prioridade de atendimento considerando critérios clínicos e de vulnerabilidade, além de contar com equipes de Saúde da Família (eSF), compostas por enfermeiro, técnico de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde. Há também equipes de saúde bucal, com odontólogos e técnicos em saúde bucal (Gov.df, 2020).

A Policlínica de São Sebastião atende com encaminhamento das unidades de saúde. Na primeira consulta é necessário documento de identificação, guia de autorização e cartão nacional do SUS. A região também faz parte da Região de Saúde Leste, que compreende as cidades administrativas do Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e Jardins Mangueiral (Gov.df, 2020).

Os serviços de saúde da região leste envolvem a Casa de Parto de São Sebastião, sendo um dos destaques por oferecer assistência especializada durante o parto. O Programa de Estimulação Precoce também está disponível para atender às necessidades das crianças na primeira infância. Além disso, os procedimentos cirúrgicos e de emergência são realizados no Hospital Regional de São Sebastião (HRL). A superintendência da Região de Saúde Leste é responsável pela coordenação e gestão dos serviços de saúde da região, desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e atendimento à população (Gov.df, 2020).

#### **1.4 A pandemia da COVID-19 e as repercussões na assistência à mulher no período gravídico-puerperal**

Após a declaração da OMS sobre a pandemia, os desafios se tornaram únicos, afetando diretamente a rotina dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a experiência das gestantes durante o período gestacional e no momento do parto. Restrições e medidas sanitárias foram pontos que sofreram mudanças com a Covid-19. Devido às medidas de distanciamento social, muitos hospitais e centros de saúde colocaram restrições às visitas, impactando a dinâmica tradicional de apoio emocional e físico. Protocolos de segurança adicionais foram implementados, até mesmo ocorrendo, em alguns casos, o isolamento durante o trabalho de parto.

As adaptações dos serviços de saúde foram necessárias na intenção de minimizar a exposição ao vírus, assim como a alocação de recursos para o tratamento da Covid-19, devido ao impacto nos serviços para assistência ao parto. Profissionais de saúde e gestantes foram desafiados a se adaptar a novas circunstâncias, promovendo inovações na prestação de cuidados pré-natais e parto. A resposta a emergências obstétricas pode ter sido impactada pela sobrecarga do sistema de saúde.

Incertezas em relação à pandemia, juntamente com as mudanças necessárias para o momento, contribuíram para questões de ansiedade e preocupações das gestantes em relação à sua própria saúde e a do bebê. O isolamento afetou o suporte social usual durante a gestação. É crucial compreender as percepções dessas mães sobre a qualidade da assistência recebida durante esse período, abrangendo fatores de comunicação, segurança e apoio emocional.

A Saúde Coletiva, enquanto saber científico, se encarrega de aspectos do processo de saúde, assim como um campo biomédico e individual. É de suma importância argumentar quais os impactos dos fenômenos sociais na área da saúde, comparando com pontos de vista epidemiológicos que permitam políticas mais eficientes.

A saúde pública se constituiu com a medicina moderna no fim do século XVII, quando ficou marcado o investimento político da medicina e também a dimensão social das enfermidades. A saúde pública foi uma das responsáveis por construir uma nova estrutura urbana pela produção de estratégias preventivas. Seus discursos se constituem no naturalismo médico que ao invocar cientificidade, legitima o aumento da medicalização do espaço social (Birman, 2005).

Com o crescimento exacerbado da população, é impossível falar de saúde e não pensar em suas condições coletivas, principalmente suas questões sanitárias. Com o aparecimento da epidemiologia e dos estudos de doenças transmissíveis, o campo da saúde pública se estabeleceu a partir do olhar medicalizante e preventivo das doenças em um âmbito coletivo.

Nessa perspectiva, a noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da saúde pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. De fato, o campo teórico da saúde coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde (Birman 2005).

Desde a década de 1920, as ciências humanas foram se introduzindo no território da saúde, de modo que foi possível problematizar categorias como normal, anormal e patológico. A manifestação da Saúde Coletiva pretende ser uma leitura crítica médico-naturalista, estabelecida historicamente como advento da sociedade industrial (Birman, 2005).

A partir do momento em que as relações dos indivíduos com seu corpo, os outros, as coisas e tudo ao seu redor são feitas a partir da linguagem e pelos códigos culturais, é necessário repensar no modelo naturalista da medicina. Nosso corpo simboliza o prazer, sentir dor, os ideais estéticos e também religiosos. Dessa forma, essa simbologia também faz a representação da vida e da morte, normal e anormal. Com isso, as práticas sanitárias não podem silenciar o tecido social que é marcado pelas diferenças.

Os recursos das ciências naturais são imprescindíveis para investigação das práticas sanitárias. Porém, a fala teórica da Saúde Coletiva, com a inserção das ciências humanas, reestruturam as coordenadas destacando as dimensões simbólicas, éticas e políticas, reavaliando o discurso biológico.

Tanto as transformações no campo da epidemiologia, quanto a demarcação de certas regiões de sua lógica como epidemiologia social, mostram discursos existentes que sofrem transformações atribuídas aos saberes biológicos.

A multidisciplinaridade é a marca da Saúde Coletiva, visto que suas problemáticas demandam diferentes interpretações, permitindo a construção de distintos objetos teóricos. Essas problemáticas se desdobram entre as relações entre natureza e a cultura. Desde o final do século XVIII, elas indicam o campo da saúde e estabelecem a produção epistemológica de seus discursos teóricos e o agenciamento das práticas sanitárias. Desde então, a medicina científica se formou no seu duplo registro no campo da saúde como intermédio capaz de regular as relações entre a natureza e a sociedade.

A Saúde Coletiva tem por objetivo investigar variáveis sociais por trás da origem das doenças. A Covid-19 é causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), ela produziu repercussões biomédicas e epidemiológicas em escala global e também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos.

O trabalho possui relevância para a Saúde Coletiva por abordar os principais pontos que envolvem seus conceitos fundamentais, como, por exemplo, as ciências sociais e humanas em saúde, epidemiologia, ética, direitos humanos, educação em saúde, gestão e promoção da saúde. O tema deste Trabalho de Conclusão de Curso abordará tudo o que a Saúde Coletiva trata e tem o intuito de mostrar como o surto da pandemia de Covid-19 impactou as gestantes em um momento tão crítico e delicado.

Além disso, é importante destacar que o trabalho será organizado por seções contendo Introdução, Justificativa, Revisão Bibliográfica, Objetivos, Metodologia, Dados e Discussão (Gestação e pandemia, Parto e pandemia, Pós-parto e pandemia, Amamentação e Vacinação), Conclusão e Referências Bibliográficas.

## 2. Justificativa

Atrair o tema à Saúde Coletiva é de suma importância pois, está caracterizada por abordar o processo saúde-doença, analisar necessidades no geral, além da atenção de forma integral da saúde, com ênfase no trabalho em equipe juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS). Dito isso, é importante expor o que a Saúde Coletiva aborda para que o conceito de sua abordagem possa auxiliar a entender o porquê e qual a grande relevância dentro do tema que será abordado na pesquisa. A Saúde Coletiva auxilia diversos processos – daí a necessidade de abordar cada vez mais assuntos que possam evidenciar sua magnitude.

Além de trabalhar com as mulheres, trazer as mulheres de periferia, dentro do momento pandêmico, para importantes pautas, também auxilia e traz um olhar cuidadoso acerca da população mais vulnerabilizada dentro de nossa sociedade, pois nos dias atuais ainda existe um grande preconceito que gera uma falta na disseminação de conteúdos apenas por se tratar de uma população simples. Ao incluir essa população em temas marcantes, a disseminação de temáticas é impulsionada, auxiliando na dispersão de questões que devem ser de conhecimento público. “A existência de relações causais, bem estabelecidas, entre processo de atenção à saúde e resultados sobre a saúde da população fortalece a abordagem de processo na avaliação de qualidade” (Portela 2000).

A garantia de cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental, direito previsto na constituição pelos artigos 6º e 196. Esta pesquisa permite avaliar se os direitos das mulheres da região estão sendo respeitados e cumpridos, identificar possíveis lacunas na avaliação, ajudar a defender a igualdade de gênero e assegurar que todas tenham acesso a cuidados de saúde justos e dignos. Contribui também no desenvolvimento de estratégias de saúde pública mais eficazes e centradas nas necessidades dessas mulheres de São Sebastião. Ao compreender essas percepções, é possível informar a alocação de recursos, capacitação de profissionais da saúde e desenvolvimento de programas de conscientização que atendem às necessidades específicas dessas mulheres.

A Avaliação em Saúde envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde; esses critérios constituem-se em indicadores de qualidade em saúde (Donabedian, 1980).

Portanto, esta pesquisa é justificada não apenas pela sua capacidade de identificar percepções e lacunas na qualidade dos serviços de saúde da mulher na área de estudo, mas também pela sua contribuição para a promoção da saúde, direitos das mulheres e políticas de saúde eficazes na região. Ao entender as experiências e perspectivas das usuárias, será possível promover uma assistência mais centrada, sensível e alinhada com as necessidades reais.

Pensar a realidade das mulheres no contexto da pandemia remete a reprodução de diversas questões históricas. Com respeito às condições de trabalho, a vulnerabilidade das mulheres se manifesta tanto na questão da maioria ser composta por trabalhadoras informais, quanto pela sobrecarga no ambiente doméstico no contexto de isolamento, o que faz com que fiquem mais desamparadas economicamente ou realizando trabalhos em piores condições.

O isolamento social trouxe também um aumento nos casos de violência doméstica. As mulheres acabaram ficando mais tempo em suas casas com seus agressores, deixando-as mais vulneráveis a abusos físicos, psicológicos e sexuais. A falta de recursos para buscar ajuda ou denunciar o ato de violência também foi um desafio (SciELO, 2020).

A crise econômica resultou diretamente na vulnerabilidade econômica das mulheres, principalmente negras e de baixa renda, que enfrentam dificuldades ainda maiores para sustentar suas famílias (SciELO, 2021).

Esses desafios evidenciam a necessidade de políticas públicas específicas para proteger os direitos e o bem-estar das mulheres durante crises como a pandemia. É fundamental promover igualdade de gênero e garantir que as mulheres tenham acesso a recursos, apoio e oportunidades.

Além disso, o que mais houve aumento durante a pandemia de Covid-19 e é de suma importância abordar é a mortalidade materna. A mortalidade materna é determinada como a morte de uma mulher que está gestante ou puérpera até 42 dias após seu parto de alguma forma que tenha sido agravada pela própria gestação (Agência Brasil, 2023).

As mortes podem ser divididas por diretas e indiretas. As diretas se referem à complicações obstétricas, assim como intervenções, omissões no processo e também o tratamento incorreto que desencadeia inúmeros eventos aproximando a mulher ao óbito. As indiretas são referentes a doenças pré-existentes ou que são desenvolvidas na gravidez que não foram de causas obstétricas diretas, mas foram agravadas por efeitos fisiológicos. Particularmente, as mortes obstétricas indiretas são vulneráveis à má-classificação, dado que normalmente são consideradas em códigos CID (Código mundial de incidência e prevalência de doenças) externos ao capítulo obstétrico (Gov.df, 2021).

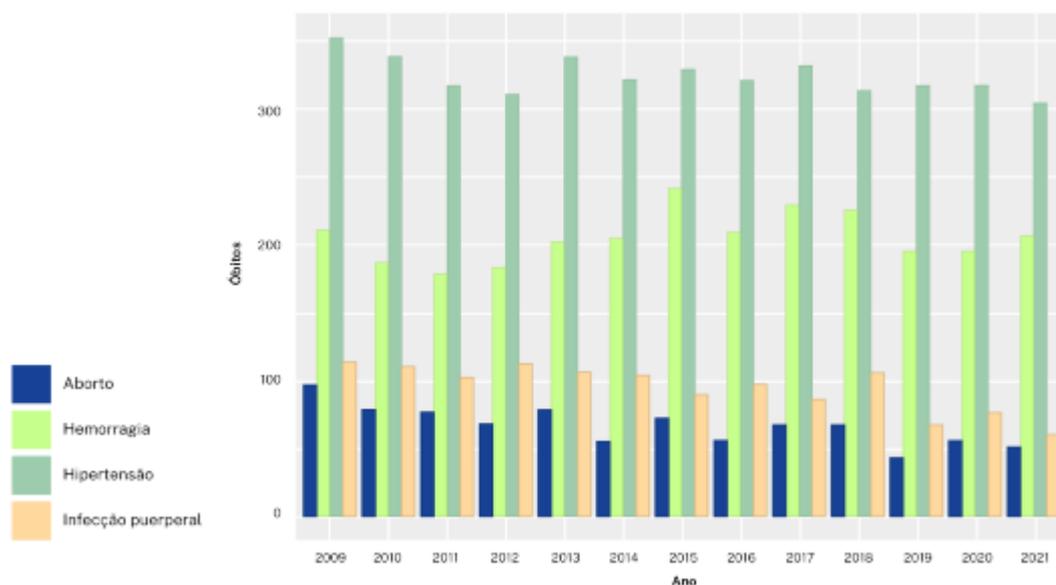
O indicador responsável por calcular a mortalidade materna é a Razão de Morte Materna (RMM), considerado um indicador capaz de avaliar as condições de saúde das mulheres na população. Esse indicador é calculado a partir de 100 mil nascidos vivos no ano em que for determinado (Gov.df, 2021).

Um dos principais indicadores de mortalidade materna são as condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade principalmente das mulheres.

Estudo realizado em conjunto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Banco Mundial estimou que, no mundo, em 2020, aproximadamente 287.000 mulheres morreram, vítimas de complicações da gestação, das quais a grande maioria residente em países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento (WHO, 2023).

Em 2020, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) afirmou que no Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo aproximadamente 67% de causas obstétricas diretas e 29% de causas indiretas, resultando em uma média anual de 1.176 óbitos maternos diretos e 465 indiretos. Ainda segundo o MS, com a pandemia de Covid-19, no ano de 2021, o número de mortes maternas indiretas superou as diretas pela primeira vez, representando um pouco mais de 66% das mortes entre 10 e 49 anos.

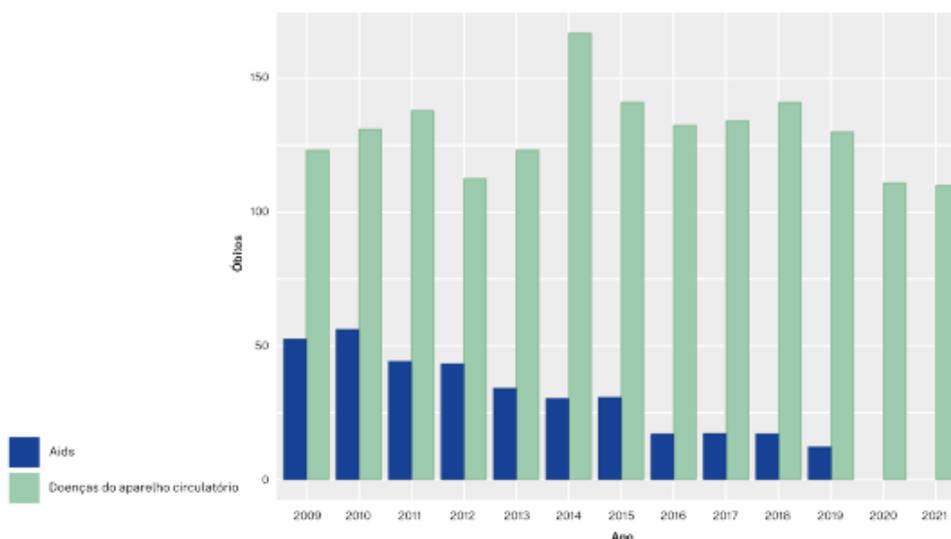
### **Gráfico 1 - Óbitos declarados pelas principais causas diretas entre 2009 e 2021**



Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna/SVS/MS

Entre os óbitos maternos de mulheres entre 10 e 49 anos declarados no Brasil de 2009 a 2021, as causas obstétricas diretas que se destacaram foram hipertensão, com 4.218 óbitos; hemorragia, com 2.668 óbitos; infecção puerperal, com 1.241 óbitos; e aborto, com 868 óbitos.

### Gráfico 2 - Óbitos declarados por causas indiretas entre 2009 e 2021



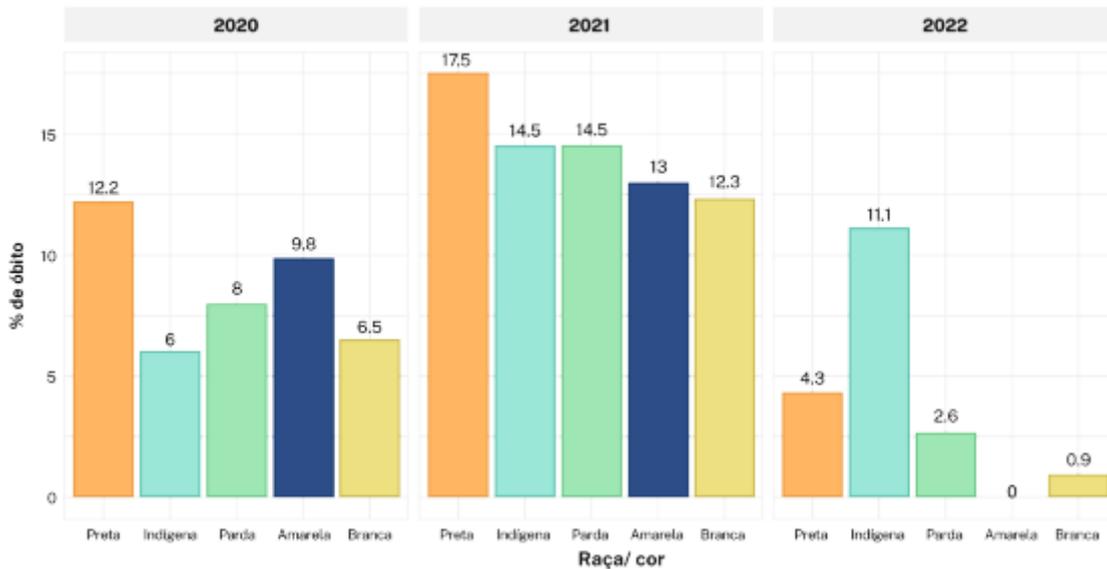
Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna/SVS/MS

Por sua vez, as causas obstétricas indiretas que se destacaram foram doenças do aparelho circulatório, com 1.702 óbitos, e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com 353 óbitos.

No início da pandemia de Covid-19, os grupos de risco eram formados por idosos e portadores de doenças crônicas por serem mais suscetíveis à infecção pelo SARS-CoV-2. As primeiras mortes maternas foram no Reino Unido, Irã, Estados Unidos, México e França. No Brasil, cinco casos de óbitos maternos foram reportados até 10 de abril de 2020 (Amorim et al., 2020). No final de maio do mesmo ano, o MS divulgou 36 óbitos maternos por Covid-19 e mais 252 casos por síndrome respiratória aguda grave. “Até 18 de junho de 2020, o Brasil possuía 124 mortes de mulheres no ciclo gravídico puerperal por conta da Covid-19, representando 12,7%”. (Takemoto et al., 2020)

Foi relatado que em abril de 2020 houve 460 mortes de gestantes e puérperas. Já em 2021, entre janeiro e abril, foram 859 mortes, representando um aumento de 87% nos primeiros quatro meses do ano. É perceptível que a raça/cor também influencia quanto ao número de óbitos, ou seja, na maioria das vezes, essas pessoas fazem parte também da população que é mais vulnerabilizada. A chance de vir a óbito sendo da raça/cor preta é 72% maior do que sendo da raça/cor branca e, sendo da raça/cor parda, a chance é 31% maior do que entre brancas.

**Gráfico 3 - Porcentagem de óbito por Covid-19 por raça/cor para os anos de 2020, 2021 e 2022.**



Fonte: Observatório Obstétrico Brasileiro

Com isso, é imprescindível abordar a questão do período gravídico puerperal em uma localidade vulnerabilizada durante a pandemia de Covid-19 entre 2020 e 2022 para que seja possível disseminar o máximo de informação sobre o grupo de mulheres que foi um dos mais afetados pela pandemia e todo o seu processo desde o seu aparecimento. Além disso, atrelar o tema com a Saúde Coletiva, aumenta esse campo do saber, podendo mostrar como a educação em saúde, a epidemiologia, a ética em saúde, as políticas públicas, assim como tudo que a SC aborda, é de suma importância para a sociedade apesar de ainda ser muito desvalorizada e pouco conhecida entre os indivíduos. Mascaram sua importância, deixando de lado um conhecimento fundamental que deve ser utilizado cotidianamente e principalmente em momentos como este – uma pandemia que pegou toda a população, todos os profissionais e também o governo de forma tão repentina – é de extremo prejuízo para a sociedade.

### 3. Revisão Bibliográfica

A primeira aparição da doença foi dia 31 de dezembro de 2019. Um mês depois, em 30 de janeiro de 2020, foi declarado um surto da doença e então constituída uma emergência de saúde pública. A atrocidade da capacidade transmissora do vírus, surpreendeu os epidemiologistas, profissionais de saúde e também os infectologistas (PAHO, [s.d]).

A via de transmissão é de pessoa para pessoa, por meio de gotículas de saliva que podem ser expelidas durante a tosse, a fala ou até mesmo o espirro. Além disso, também pode ser transmitida pelo contato direto com pessoas que estão infectadas ou pelas mãos, objetos e também superfícies que estão contaminadas (PAHO, [s.d]).

Em todo o mundo, a Covid-19 encontrou sistemas de saúde desprevenidos, com limitações na capacidade de resposta, ação e reação quanto às condutas a serem tomadas, o que originou uma necessidade de agir de forma coletiva e com urgência. De acordo com a fase de adaptação, novos desafios à Saúde Pública, aos Sistemas de Saúde e à Segurança global são impostos com o intuito de serem superados com o auxílio de informações confiáveis, imparciais e baseadas na melhor evidência disponível.

A Covid-19 gerou um grande impacto na vida dos indivíduos trazendo grandes desafios para a saúde pública, incluindo o cuidado obstétrico. Mulheres em regiões de vulnerabilidade social, em particular, enfrentaram maiores obstáculos para acessar cuidados seguros e de qualidade durante a pandemia (PAHO, 2022). Além disso, as mulheres são a maioria entre trabalhadores da saúde, o que as expõe mais ainda ao risco de infecção pelo vírus (PAHO, 2022).

Em 2011, foi publicada a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e diretrizes” pelo MS. Este documento é responsável por fortalecer os avanços dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, de forma que haja a melhoria da atenção obstétrica quanto o aborto, o planejamento familiar e também o combate à violência doméstica.

A humanização na atenção à saúde da mulher é responsável por implicar a promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos, colocando e evidenciando a mulher como protagonista destes eventos. A gestação e o parto não são apenas eventos biológicos, mas também sociais, por serem capazes de incluir os cônjuges, e também toda sua família. Dessa forma, os profissionais de saúde têm um papel importante, porém como coadjuvantes, auxiliando todo o processo de pré-parto, parto e pós-parto com intuito de diminuir a dor e orientá-las quanto ao momento que estão vivenciando.

Historicamente, o parto era um evento natural. Com os avanços da medicina, ginecologia, obstetrícia e da tecnologia, o parto começou a se tornar um evento médico, deixando de ser algo íntimo para o público. Com a institucionalização do parto, o nascimento tornou-se distante e desconhecido para mulheres que cada vez mais perdem seu protagonismo neste momento. São cada vez mais reféns dos profissionais de saúde, questionando a segurança do parto normal que em comparação com a cesariana é mais rápido, limpo e científico.

Para que o parto seja o mais natural e respeitoso possível, é necessário a preparação da mulher desde o princípio, em seu pré-natal. Além de um preparo técnico, o preparo para um parto envolve o acolhimento da mulher e também de sua família no serviço de saúde, oferecendo medidas que possibilitem à mulher uma vivência do parto e do trabalho de parto como um evento fisiológico, tornando-a a protagonista deste processo.

Além do parto, o pós-parto também sofreu consequências na pandemia. É comum que mães já sintam ansiedade e preocupação, mas, com a vinda do coronavírus, o medo e as responsabilidades se tornaram maiores por um momento inesperado e ainda sem muitos conhecimentos.

“O puerpério é classificado em três períodos: imediato do 1º ao 10º dia, tardio do 11º ao 45º dia e o remoto, começando do 45º dia” (Andrade et al., 2015). A gestação é uma fase complexa na vida da mulher, por ser identificada como um processo em que modificações refletem diretamente no cotidiano da gestante.

A rede de apoio no estágio do puerpério imediato é de extrema relevância, pois essa é uma fase de muita fragilidade em que acontecem alterações tanto internas, quanto externas no corpo da mulher, podendo colocar em risco a vida da puérpera.

Dessa maneira, durante o puerpério, a equipe interdisciplinar deve se voltar a estruturação de um plano de atenção que seja capaz de oferecer auxílio suficiente à mulher quanto o autocuidado e as modificações no período pós-parto, sem deixar de lado as atenções com o recém-nascido (RN) e suas maiores necessidades em cada momento.

O período pós-parto é ímpar na vida da mulher e precisa ser bem administrado entre o cuidado com o bebê, esposa, trabalho, atividades físicas, entre outros. Essa adaptação necessita de tempo para aprender a lidar com o filho, a acolhê-lo na sua vida, assim como em sua família.

Uma das principais queixas das mulheres em seu pós-parto é o cansaço e a fadiga. Enquanto seu corpo está melhorando em seu estado físico, o cuidado integral com seu bebê faz com que seja privada de sono, fazendo com que essa fadiga perdure por meses. Por isso, é de suma importância o apoio familiar nesse momento, para que ele seja o mais leve possível. O apoio social contribui com a diminuição do estresse no puerpério direta e indiretamente.

Com a pandemia, o cenário se tornou completamente diferente e os esforços foram voltados para tentar controlar a situação pandêmica, fazendo com que as grávidas e puérperas que fazem parte de um grupo vulnerável fossem deixadas em segundo plano. A restrição no acesso desses serviços implicou em carências assistenciais e também emocionais. Puérperas que se preocupavam com a Covid-19 eram mais propensas a relatar níveis mais altos de estresse, assim como aumento dos sintomas de ansiedade e alterações de humor (Scielo, 2023).

Diante do cenário da pandemia de Covid-19, foi possível identificar uma interrupção nos fluxos de atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS), que se revelou a partir das dificuldades que as mães encontraram em acessar serviços básicos, como vacinação dos bebês e consultas de rotina pós-parto na área de pediatria e ginecologia, gerando preocupações e angústias.

Ao mesmo tempo em que a pandemia requer o isolamento social físico para prevenção e controle na transmissão da doença, ela proporciona várias limitações de acessos fundamentais à saúde das crianças e puérperas, que podem comprometer o desenvolvimento correto das crianças e prevenir de outras patologias características desse ciclo da vida, sendo um dos maiores motivos de preocupação das mães (Brito et al., 2023).

O período pós-parto (PPP) é desafiador para as mulheres. Todas as descobertas e vivências físicas e emocionais tornam-se algo íntimo e muitas vezes solitário. A taxa de mortalidade materna também preocupou não apenas as mães e suas famílias como toda a sociedade. Essa taxa pode estar ligada a diversos fatores, como, por exemplo, problemas crônicos de saúde, assistência precária no pré-natal, recursos insuficientes nos cuidados e também o acesso aos serviços de maternidade (Scielo, 2015).

Além de existir o medo da contaminação no período gestacional, a insegurança também está diante da possibilidade da transmissão vertical no momento do parto. Contudo, as evidências iniciais sugerem que o vírus não seja capaz de atravessar a barreira placentária (Hoffmann et al., 2020).

Em março de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil incluiu todas as gestantes e ainda puérperas e pacientes com perda gestacional ou fetal até 15 dias como grupo de risco para Covid-19. A ação de incluir as mulheres no grupo de risco, se deu principalmente por conta da epidemia de H1N1, com a qual puderam realizar a comparação, devido às complicações relacionadas às infecções respiratórias desencadeadas pelo vírus, por resultarem em índices elevados de complicações e mortalidades maternas. Os desafios com o cuidado no momento gravídico puerperal foi presente. Por isso, é de suma importância enfatizar o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia.

O Brasil é responsável por apresentar um dos maiores sistemas universais do mundo com uma rede de APS (Gov.br, 2022). Mesmo com suas dificuldades, a APS tem se destacado positivamente, demonstrando uma influência na redução da mortalidade e da desigualdade em saúde (Scielo, 2018).

A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero, caracterizada por ações abusivas e desrespeitosas durante o processo de gestação, parto e também pós-parto, que pode ocasionar danos físicos, emocionais e psicológicos para estas mulheres que podem perdurar por toda sua vida (Saúde MS, 2021).

Em razão a disseminação do vírus Sars-CoV-2, a violência obstétrica cresceu ainda mais nas maternidades do país, visto que, por conta de medidas de contenção, muitos direitos das mulheres foram negligenciados como por exemplo a presença de um acompanhante à sua escolha no momento do parto (Pickler, 2022).

O caráter físico da violência obstétrica ocorre quando são feitas intervenções médicas desnecessárias ou sem o consentimento da gestante. Quanto ao acompanhante, ocorre quando não é capaz de exprimir sua vontade. Além disso, também é caracterizada pela aplicação de práticas sem base técnica, conhecidas como práticas que são desenvolvidas pelos próprios profissionais ao longo de sua carreira (Saúde MS, 2021).

Além do caráter físico, o caráter psicológico também entra no conceito de violência obstétrica por meio de ataques verbais. Com a falta de informação e comunicação em saúde, muitas mulheres não sabem o que estão passando naquele momento e, por isso, acabam deixando de lado este tipo de violência e se calando (Saúde MS, 2021).

A pandemia da Covid-19 gerou um grande impacto também na circulação de pessoas. Muitos hospitais estabeleceram restrições severas ao acesso de visitantes e acompanhantes para tentar conter a propagação da doença e evitar aglomerações. Para gestante em trabalho de parto e seus familiares, essa situação teve o intuito de garantir a segurança de todos, apesar de ter sido um grande desafio.

Houve um impacto nas recomendações das instituições e no final de 2020, a OMS publicou novas recomendações em relação ao coronavírus no que se refere às gestantes. As orientações apenas reiteraram, como dito no guia do ano de 2018, que os cuidados no parto possuíssem uma experiência positiva. No documento, foi destacado que gestantes e seus recém-nascidos, mesmo que tivessem suspeita ou positividade para coronavírus, deveriam receber um tratamento de alta qualidade durante o período gestacional, de parto e também de pós-parto. A OMS sustenta que, para uma experiência positiva de parto, além do tratamento respeitoso e digno, a parturiente ainda possui o direito a ter um acompanhante de sua escolha, mesmo na situação excepcional de restrição de circulação de pessoas.

Além disso, a OMS diz que os profissionais de saúde devem tomar as medidas preventivas apropriadas, como higienização das mãos e uso adequado de equipamentos de segurança, como luvas, toucas e máscaras cirúrgicas, caso seja suspeito ou confirmado que a gestante tenha contraído o vírus.

Percebe-se que, a Organização Mundial de Saúde, em momento algum, proibiu a presença de um acompanhante no momento do parto, apenas recomendou que os responsáveis presentes adotassem as medidas

de segurança adequadas assim como todos devem seguir independente de estarem ou não nos hospitais (Alarcón, 2022).

Formulada exclusivamente às parturientes, a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida como a Lei do Acompanhante, garante o bem estar dessas mulheres. O direito ao acompanhante é um importante instrumento de proteção da parturiente. Cabe destacar que essa companhia é essencial para fornecer apoio para as mulheres, principalmente as mães de primeira viagem, que ainda não possuem experiência e vivências com o momento do parto e também com o recém-nascido. A presença de uma pessoa durante o parto é capaz de amenizar a dor e promover segurança e bem-estar, tanto físico, quanto emocional. Assim, com os efeitos gerados pela presença de um acompanhante, é necessária a afirmação da Lei do Acompanhante nos hospitais, pois, ainda com a presença do Covid-19, não deixou de ser exercida em um momento tão importante para a mulher e seu bebê.

O acompanhante pode estar presente durante o parto, mesmo que a mulher seja positiva para o Sars-Cov-2, não deve haver revezamentos e o visitante não deve pertencer a grupos de risco da Covid-19 (Scielo, 2020). É de suma importância que os hospitais e também as maternidades reconheçam os direitos das gestantes e os exerçam para lhes garantir um cuidado humanizado e seguro. Com essa finalidade, os protocolos de paramentação, assim como estratégias de proteção e prevenção, devem ser seguidos para que se possa evitar a infecção do vírus e continuar assegurando os direitos das gestantes.

Os resultados da revisão bibliográfica sugerem que a pandemia da Covid-19 aumentou os desafios para o cuidado obstétrico em regiões de vulnerabilidade social. É importante que os governos e também as organizações tomem medidas para garantir que todas as mulheres, independente de sua condição social, tenham acesso a cuidados seguros e de qualidade.

Fortalecer a comunicação entre as mulheres e os profissionais de saúde para reduzir o medo e a ansiedade é uma boa recomendação para auxiliar no cuidado obstétrico. Além disso, garantir o acesso a serviços de saúde, mesmo durante a pandemia, por exemplo, bem como oferecer apoio social e emocional às mulheres para ajudá-las a lidar com os desafios pós-pandemia.

## **4. Objetivos**

### **Objetivo geral e objetivos específicos**

Analisar os impactos da pandemia de Covid-19, em mulheres, na assistência à saúde no período gravídico puerperal no Sistema Único de Saúde (SUS) na localidade de Vila do Boa - São Sebastião (DF), a partir da perspectiva das mulheres mães.

Os objetivos específicos se desdobram em:

- I. Mapear o número de mulheres que deram à luz no período de 2020 a 2022;
- II. Classificar quais foram as maiores necessidades médicas, psicológicas e sociais das usuárias durante seu período de pré-natal, parto e pós-parto.

## **5. Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo. No primeiro momento, foram demonstradas informações quantitativas em relação à raça/cor, estado civil, nível de escolaridade, número de filhos e tempo de residência naquela região.

Os procedimentos empregados na pesquisa partem, originalmente, de pesquisas bibliográficas como enfoque teórico do projeto. Para isso, foram utilizados artigos, livros e teses que possam subsidiar tanto a apropriação necessária sobre as características do território de São Sebastião, quanto a reflexividade crítica de alguns fenômenos.

Em seguida foi utilizado um formulário feito através do “Google Forms”, que contou com tópicos como “dados iniciais; pandemia; consequências da pandemia; período gravídico puerperal durante a pandemia de Covid-19 e satisfação com sistema de saúde”. Dentro de cada tópico, existem perguntas abertas e fechadas com intuito de coletar os dados e analisá-los para conseguir responder o objetivo geral da pesquisa.

Além disso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com a utilização de um roteiro semi-estruturado para as conversas que contará também com um gravador de voz para captar todo o diálogo entre essas mulheres, de forma respeitosa e com consentimento. O intuito foi obter relatos das experiências e vivências de mulheres mães, em um recorte de idade entre 20 e 40 anos, dentro da Vila do Boa, no período pandêmico, que atinja os objetivos específicos do projeto.

O formulário e as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, permitindo fluidez e flexibilidade nas conversas com as interlocutoras da pesquisa.

Por fim, com o material categorizado e sistematizado, foi feita a análise que transversalizou tanto os aspectos qualitativos da pesquisa, a partir do relato das interlocutoras e sua relação com a literatura especializada do tema, quanto os dados quantitativos, coletados a partir do formulário como instrumento metodológico, que subsidiará tendências e características da amostra da pesquisa.

Esse processo foi guiado pela análise de conteúdo onde os dados coletados foram interpretados por meio das estruturas que circunscrevem as dinâmicas sociais das interlocutoras. A análise de conteúdo foi baseada na pré-análise, onde são elaborados o corpus da pesquisa, o qual “é o conjunto dos documentos tidos

em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”(Scielo, 2017), exploração do material, no qual “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos”(Scielo, 2017). O tratamento dos resultados, inferência e a interpretação, consiste em transformar e interpretar os dados coletados.

A aplicação do formulário foi feita de forma virtual, pela facilidade de acesso tanto de coleta, quanto da interpretação de dados. Dentro do formulário, tiveram subtemas com perguntas que poderão ser tanto de múltipla escolha, como em forma descritiva. O formulário conteve algumas perguntas como “idade, raça/cor, nível de escolaridade, estado civil, quantidade de filhos e quanto tempo reside na Vila do Boa”. Assim como nas entrevistas, o público alvo foram mulheres que engravidaram ou já estavam grávidas quando a pandemia começou, na faixa etária de 20 a 40 anos.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais com quatro mulheres entre 20 e 40 anos de idade. A duração média foi de acordo com sua disponibilidade e vontade, variando entre 5 e 20 minutos. Ocorreram dentro de suas residências mas, caso não se sentissem confortáveis, seria escolhido um local pela entrevistada para que se sinta à vontade para se abrir e conversar sobre o tema dentro da Vila do Boa. Essas interações permitiram explorar experiências, perspectivas e respostas das mulheres em relação às suas vivências durante o período pandêmico, agregando e complementando a pesquisa.

As entrevistas foram transcritas com o auxílio do aplicativo *Transkriptor*, permitindo que a descrição das falas das participantes do estudo fossem colocadas de forma que nenhuma palavra ou informação tenha sido deixada para trás.

Ao integrar métodos qualitativos e quantitativos, essa pesquisa ofereceu uma visão abrangente da percepção das usuárias sobre a assistência gestacional e a qualidade dos serviços de saúde durante a pandemia de Covid-19 em São Sebastião.

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS).

As entrevistas realizadas para a pesquisa ocorreram dentro das residências de cada mulher entrevistada, de acordo com sua vontade própria, devido aos seus bebês de colo e também filhos de até quatro anos dentro de suas casas. Essas entrevistas não causaram nenhum tipo de custo para as participantes além de ser

garantido o sigilo de seus dados e nome pessoal para a apresentação dos resultados coletados a partir de suas respostas. Além disso, foi concedido uso de voz e gravação através dos termos preconizados pelo CEP.

## 6. Dados e discussão

### Caracterização das participantes do estudo

Este estudo contou ao todo com vinte e oito (28) participantes. Vinte e seis (26) delas participaram e responderam o formulário online; duas (2) além de responderem o formulário, também abriram as portas de suas casas para realizar as entrevistas. Outras duas participaram das entrevistas por vontade própria através de visitas da autora à Vila do Boa. Dessa forma, o total foi de quatro (4) entrevistadas.

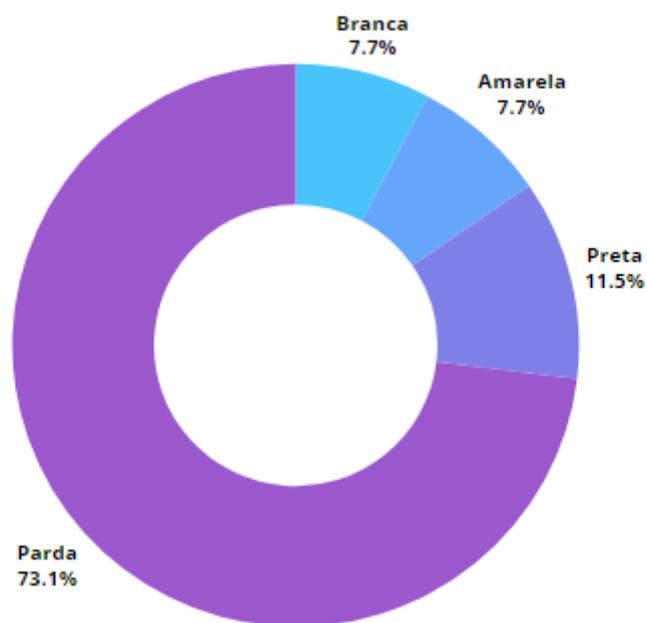
As vinte e seis participantes que responderam o formulário têm entre 20 e 40 anos. Por ser um formulário, apenas os dados gerados através das perguntas serão compartilhados. Seus nomes e números de telefone serão mantidos em sigilo, visto que sua divulgação além de não ser necessária, também não é o foco da pesquisa.

Com relação às porcentagens do formulário, a maioria das mulheres se consideram pardas (73,1%). Quanto ao estado civil, a maior parte delas respondeu que são mulheres mães solteiras (61,5%). O nível de escolaridade que mais se destacou foi o Ensino Fundamental incompleto (42,3%). Em relação à quantidade de filhos, duas opções obtiveram porcentagem igual de 26,9%, sendo elas a de “três filhos” e a de “apenas um filho”.

Raça/Cor	Pardas - 73,1%
Estado Civil	Mães solteiras - 61,5%
Nível de Escolaridade	Ensino fundamental incompleto - 42,3%
Número de filhos	3 filhos e 1 filho - 26,9%

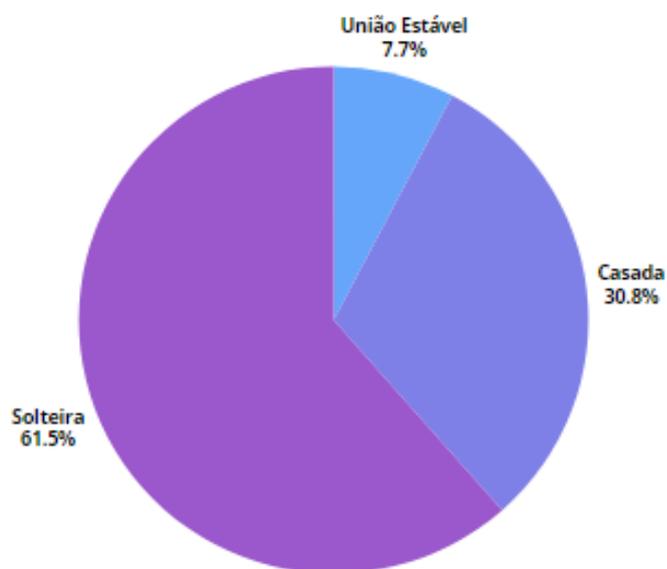
Fonte: Elaboração Própria

**Gráfico 4 - Porcentagem de Raça/Cor, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



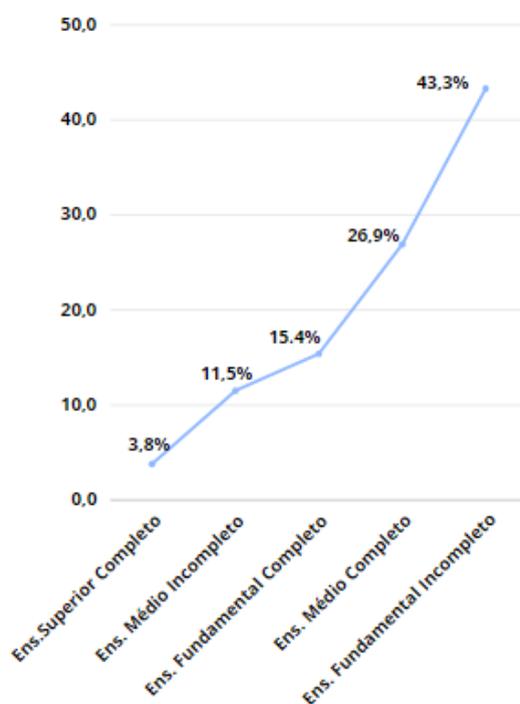
Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 5 - Porcentagem do estado civil, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 6 - Porcentagem do nível de escolaridade, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

Conforme acordado entre as mulheres, suas identidades serão mantidas em sigilo para que se sintam mais confortáveis, por isso, serão citadas por meio de pseudônimos. A primeira será chamada de Sandra, a segunda de Joana, a terceira de Ana e a quarta de Rita. Com as respostas das entrevistas, é possível traçar os seguintes perfis:

Sandra e Joana possuem 38 anos, enquanto Ana possui 25 e Rita 40. Com relação à raça/cor, Sandra, Joana e Rita se consideram pardas, enquanto Ana se considera preta. No que concerne ao estado civil, Sandra relata ser casada, Joana e Ana são solteiras e Rita possui união estável.

No que diz respeito à escolaridade, as duas primeiras relataram possuir o Ensino Médio completo, enquanto Ana e Rita têm o Ensino Fundamental incompleto. Em relação ao número de filhos, Sandra declara ter cinco filhos, dois do primeiro casamento e três com o atual parceiro. Joana tem três filhos, mas não relatou se possuiu outros parceiros ou não. Ana tem dois filhos com o mesmo companheiro que mora e Rita que possui quatro filhos, também com o companheiro com quem possui união estável.

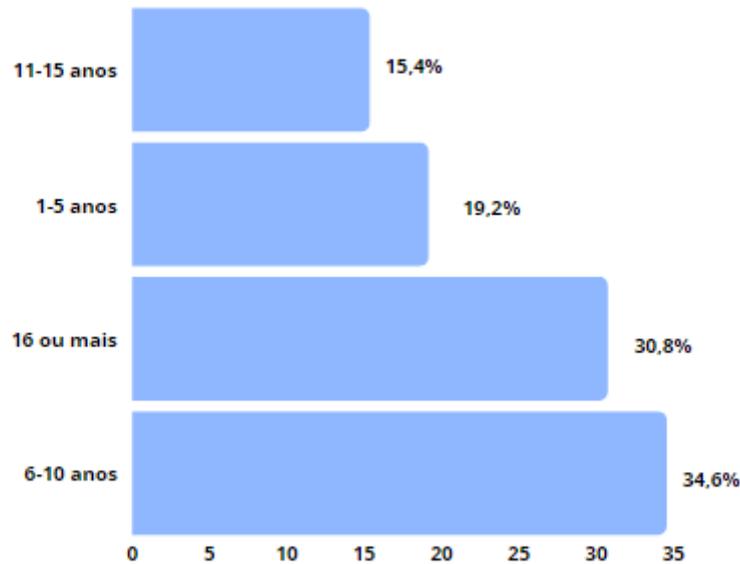
Sandra (38)	Parda; Casada; EM completo; 5 filhos
Joana (38)	Parda; Solteira; EM completo; 3 filhos
Ana (25)	Preta; Solteira; E. Fundamental incompleto; 2 filhos
Rita (40)	Parda; União Estável; E. Fundamental incompleto; 4 filhos

Fonte: Elaboração Própria

No formulário, foi possível coletar vinte e seis (26) respostas que, ao todo, representam uma porcentagem de 100% para a análise dos dados que foram coletados. Em relação à primeira pergunta, a maioria das mulheres se considera negra. O estado civil que mais representa as mulheres da pesquisa é “solteira”. Podemos ver semelhança com as entrevistadas onde duas das quatro também relatam ser solteiras.

Quanto ao nível de escolaridade, o Ensino Fundamental incompleto é o que mais aparece nas respostas. Isso também diz respeito muito à realidade que cada um vive. O número de filhos que mais representa as mães entrevistadas é de apenas um filho, o que se difere das entrevistadas, que possuem mais de dois filhos. A maioria dessas mulheres, tanto do formulário, quanto das entrevistas, reside há bastante tempo na Vila do Boa.

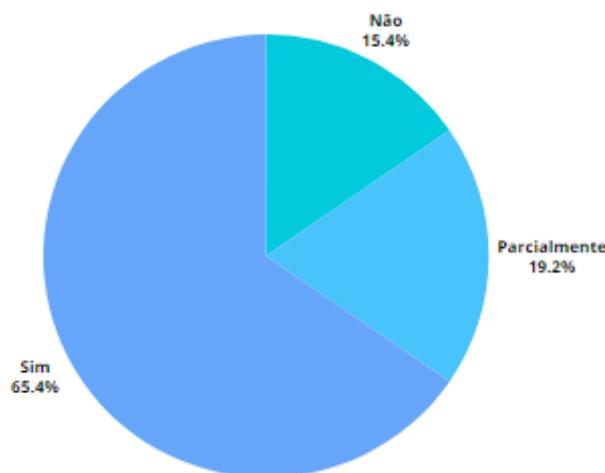
**Gráfico 7 - Porcentagem de quanto tempo as mulheres mães residem na Vila do Boa, a partir do formulário na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

Quanto ao isolamento social, no formulário, a maioria das mulheres relata que realizaram sim e obedeceram às normas da OMS. O fato de fazer o isolamento social coincide também com Joana, Sandra e Rita, participantes da entrevista. Enquanto a maioria das mulheres do formulário responderam que tiveram Covid-19, das entrevistadas, apenas Sandra relata ter contraído a doença.

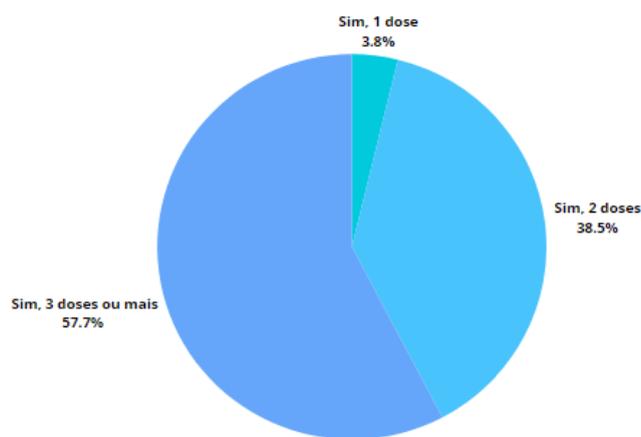
**Gráfico 8 - Porcentagem de mulheres que fizeram isolamento social, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

A maioria das mulheres, tanto as que participaram do formulário, quanto as entrevistadas, tomaram pelo menos três doses da vacina. Quanto aos serviços de saúde que foram prestados, a maioria delas utilizou as UBSs para realizar tudo que precisavam no momento. Sandra relatou que “Aqui não tem nada a reclamar não. Quando tem aqui, são bem profissionais. Já em relação a UPA, eu tomei ranço de ter esse nome UPA...”.

**Gráfico 9 - Porcentagem de doses tomadas pelas mulheres moradoras da Vila do Boa, de acordo com o formulário, no ano de 2020 a 2022.**

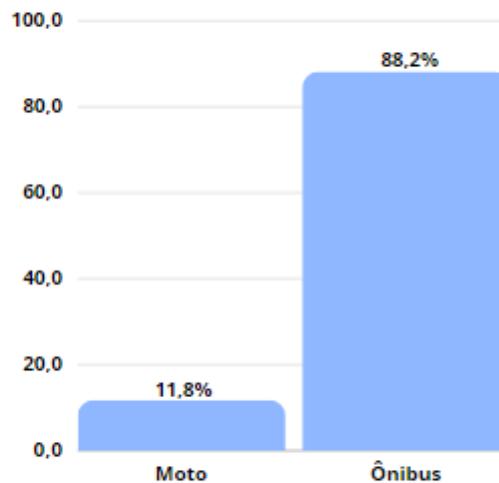


Fonte: Elaboração Própria

Em relação às consequências da pandemia, como continuar trabalhando normalmente quando foi decretado, a maioria relatou que não trabalhou. A entrevistada Sandra relata que “... Assim, como o meu trabalho é de diarista, né?...Aí, eu comecei a sentir os sintomas”. Ana diz que “... nois tinha (sic) um bar... Aí nós fecho (sic) em um período interminável.” Já Rita, “Trabalhar eu não trabalhei. Fiz três meses sem trabalhar (sic)”.

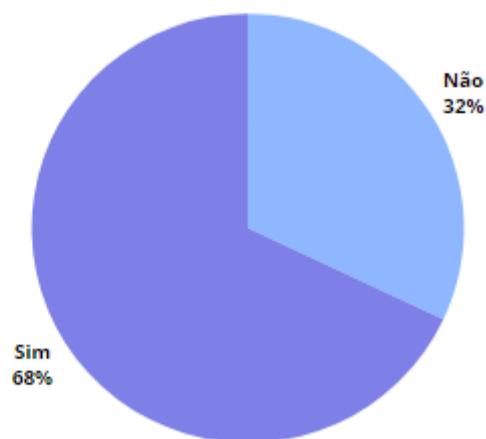
Para as mulheres que continuaram trabalhando, o ônibus foi o meio de transporte mais utilizado, de acordo com as respostas do formulário. Além disso, a maioria delas recebeu auxílio emergencial. Quanto às entrevistadas, não foi citada a questão do auxílio emergencial. Porém, foi relatado por Sandra a dificuldade de custear itens necessários para enfrentar a pandemia já que estava sem emprego. “Um pouco chateada, porque às vezes eu tinha que tirar do bolso para poder comprar, porque não tinha... E pelo momento também já era difícil de ter, e aí você muitas vezes tinha que tirar, dar um jeito.”

**Gráfico 10 - Porcentagem de meios de transporte utilizados para ir ao trabalho, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



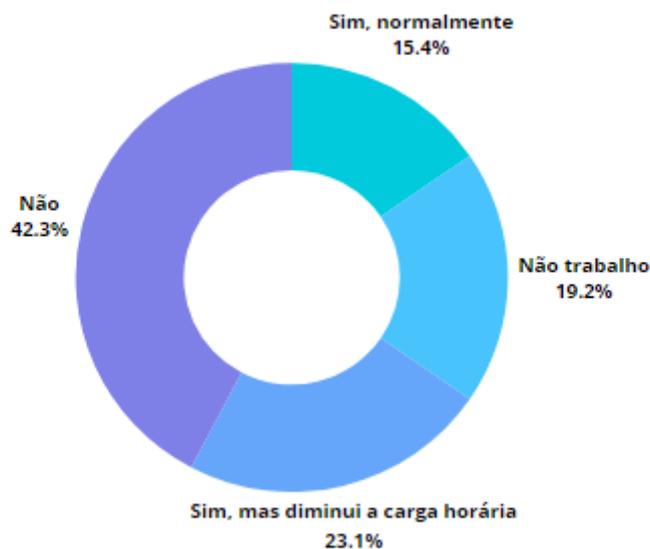
Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 11 - Porcentagem do número de mulheres mães que receberam auxílio emergencial, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

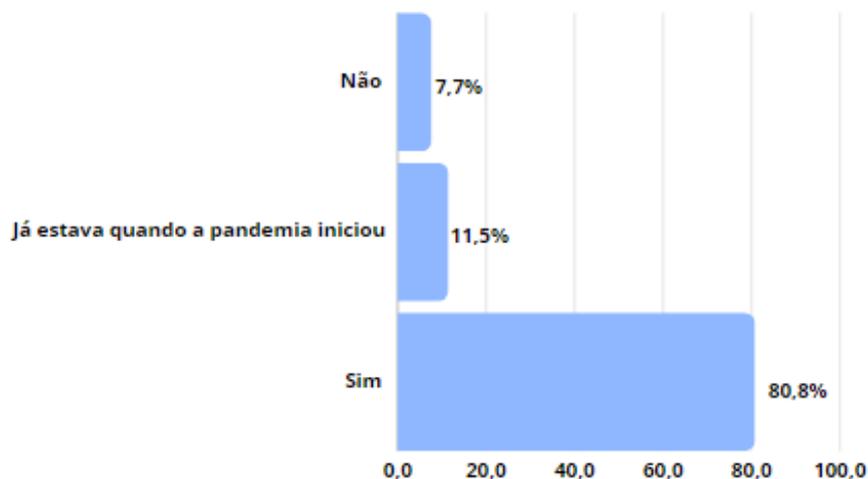
**Gráfico 12 - Porcentagem de mulheres mães que continuaram trabalhando quando foi decretado a pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

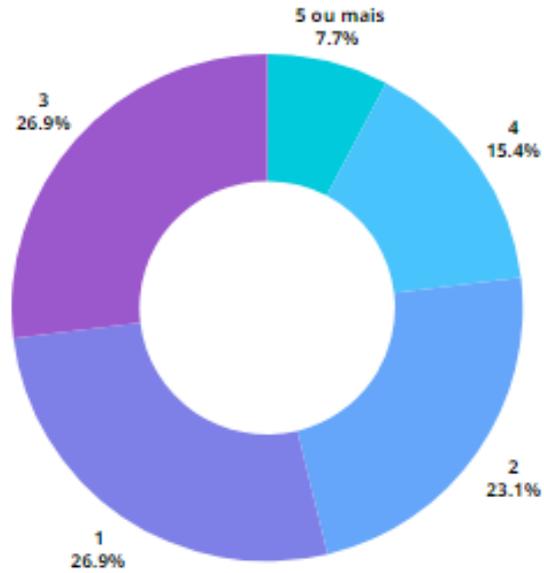
A maioria das mulheres, como dito anteriormente, tem mais de um filho. Logo, a maioria delas relata ter tido pelo menos um filho antes da pandemia. Quanto a gravidez na pandemia, a maioria delas diz ter sim engravidado nesse período, além de ter feito o acompanhamento de pré-natal durante a gestação. O parto normal foi o que mais apareceu dentro das respostas do formulário. Já nas entrevistas, essa pergunta foi deixada em aberto, com apenas Sandra relatando que “Mas eu tinha que pegar todo o caminhamento (sic), porque eu dei diabetes gestacional (sic). O neném estava muito grande, muito pesado e eu não tinha condição de ter ele normal... Ele [o médico] quis dizer que não estava sentindo nada, mas eu já estava sentindo tipo contração de treinamento, muita mesmo, que ele ainda demorou demais de fazer meu parto... Porque ele falou ainda na minha cara que disse que não precisava, eu disse: “você vai ter que fazer, porque eu tô com encaminhamento tudinho aqui””.

**Gráfico 13 - Porcentagem de mulheres que engravidaram durante a pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa 2020-2022**



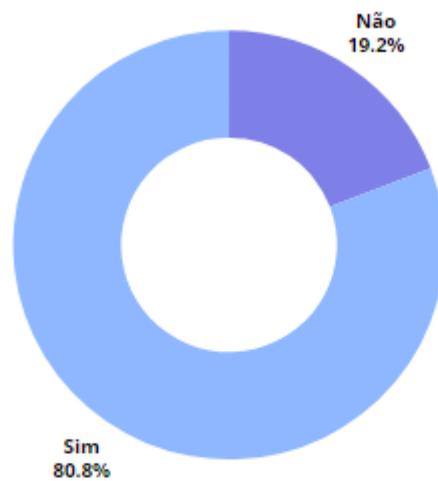
Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 14 - Porcentagem do número de filhos, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



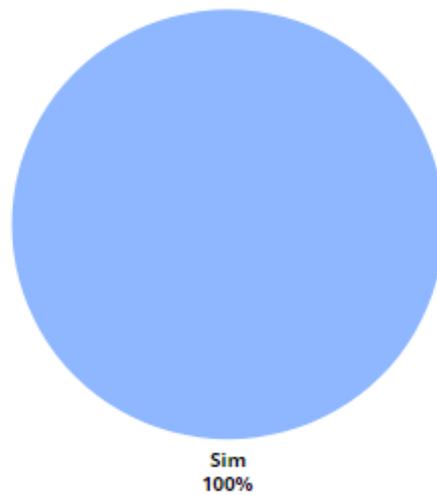
Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 15 - Porcentagem de mulheres que já possuíam filhos antes da pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 16 - Porcentagem do número de mulheres que fizeram acompanhamento de pré-natal durante a gestação na pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 17 - Porcentagem de partos normais e cesarianos, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020 a 2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

Em relação ao acompanhante no parto e pós-parto, a maioria das mulheres respondeu que tiveram nos dois momentos. Sandra diz: “Durante, assim, eles não queriam deixar, mas como era aí, era eu mesmo insistir mesmo que eu queria, porque ele [o bebê] tava com 51 centímetros e eu tava perdendo as forças. Mas isso, às vezes, pode... Você vai de profissional pra profissional também. Porque tem profissional que não aceita, mas eu falei, você vai...”. Já para Joana foi diferente: “Tive... fui bem atendida”. Ana, de forma sucinta diz: “Sim, ótimo, eu tive.” Por fim, Rita, de forma breve: “Isso”.

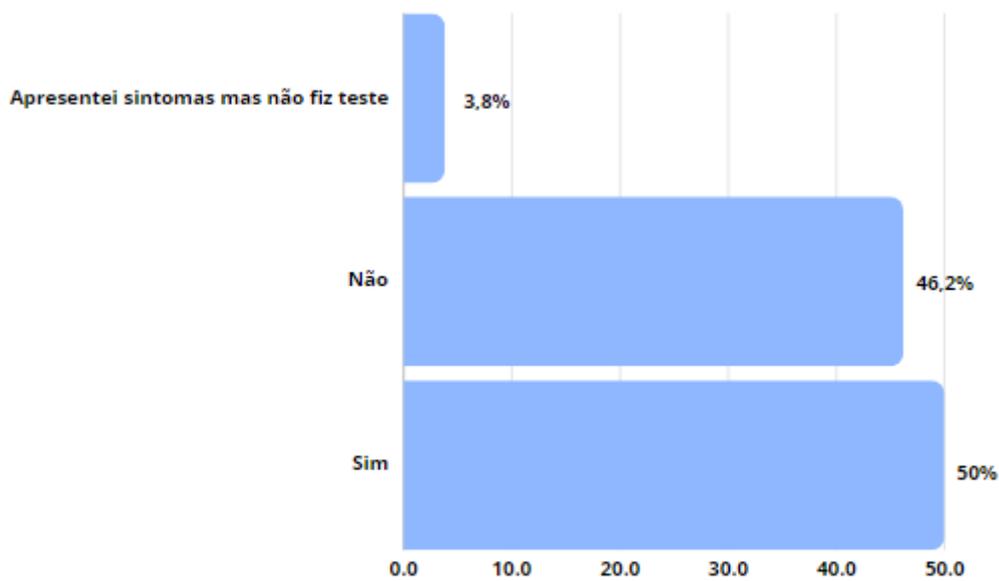
Quanto à contração do vírus durante a gestação, a maioria relata não ter tido. Em contrapartida, em relação às mulheres que foram entrevistadas, apenas Sandra diz ter pego o Covid-19 no seu emprego, mas que não foi durante sua gestação. Ela relata: “... a gente [família] pegou e eu peguei, inclusive, no trabalho.”

**Gráfico 18 - Porcentagem de quem possuiu acompanhante durante o parto e o pós-parto, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



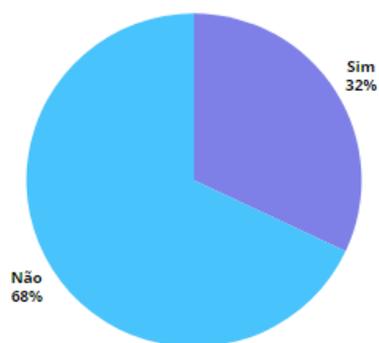
Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 19 - Porcentagem de mulheres que contraíram Covid-19, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

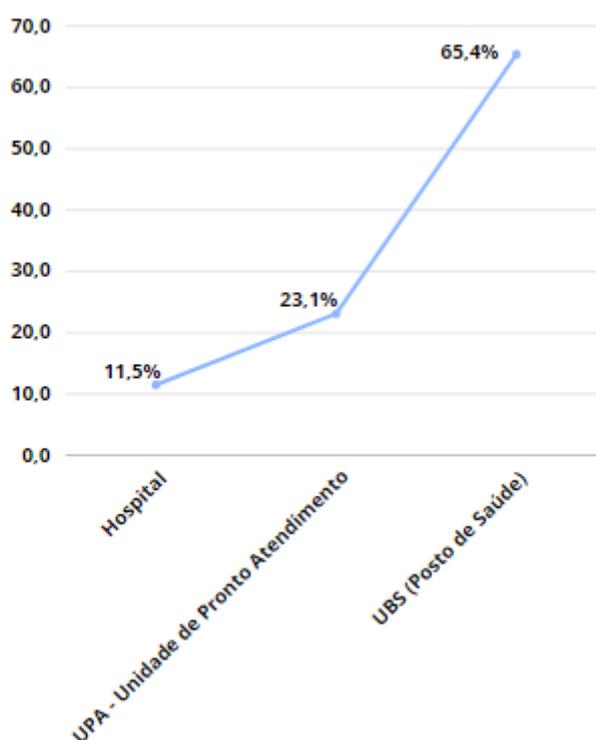
**Gráfico 20 - Porcentagem de mulheres que tiveram ou não Covid-19 durante o período gestacional, de acordo com o formulário, na Vila do Boa de 2020 a 2022.**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

A maioria delas acredita que os serviços de saúde foram bons e conseguiram abordar tudo o que era necessário no momento. Sandra relata que “Aqui não tem nada que reclamar não, quando tem aqui, são bem profissionais”. Joana acredita que os serviços e os profissionais foram bons. O que poderia ter sido diferente era o governo e a disponibilização de insumos gratuitamente para as crianças. “Aí isso que deveria ter melhorado, mas é da parte do governo, não deles, porque eles tentaram fazer o que eles podiam”. Ambas Ana e Rita acreditam que os serviços de saúde e os profissionais foram bons.

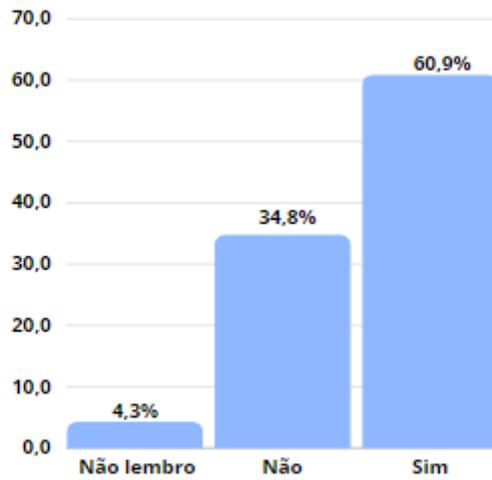
**Gráfico 21 - Porcentagem dos serviços acessados durante a pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

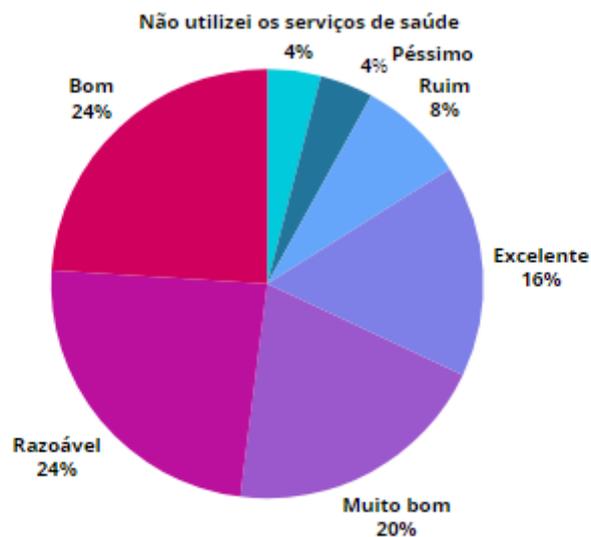
Para as mulheres que participaram do formulário, mais da metade delas relatou não ter participado de nenhum grupo, presencial ou online, de apoio à saúde da mulher. Assim como a maioria também relatou não ter realizado nenhum tipo de consulta virtual relacionada à sua própria saúde.

**Gráfico 22 - Porcentagem de mulheres que utilizaram o sistema de saúde para se cuidar em algum momento da pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



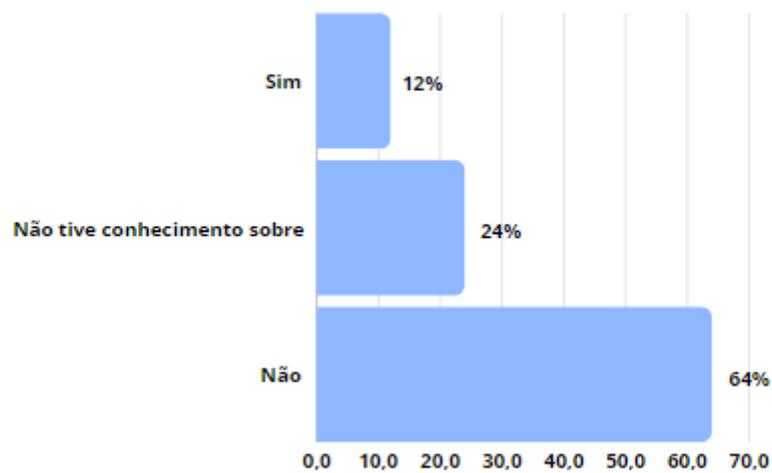
Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 23 - Porcentagem de satisfação com os serviços de saúde prestados durante a pandemia para garantir segurança e bem-estar das mulheres, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



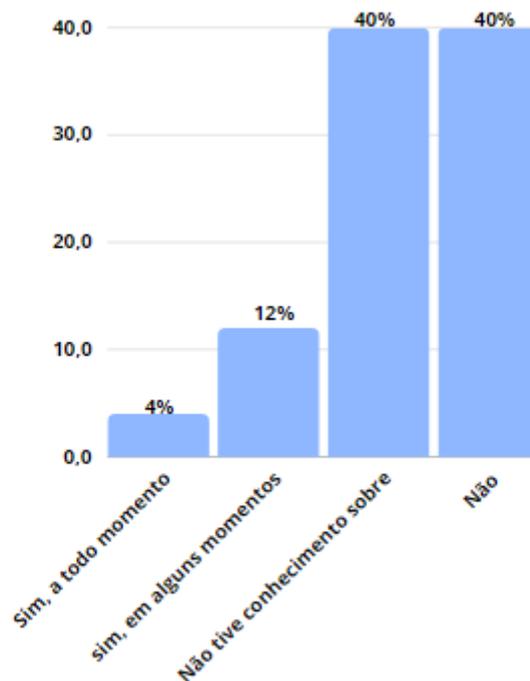
Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 24 - Porcentagem da participação de grupos presenciais ou virtuais de apoio à saúde da mulher durante a pandemia, a partir do formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

**Gráfico 25 - Porcentagem de Realização algum tipo de consulta virtual relacionada à saúde da mulher, de acordo com formulário, na Vila do Boa, 2020-2022**



Fonte: Elaboração Própria, 2024

### **Caracterização da gravidez na pandemia de Covid-19 no DF e São Sebastião**

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil a Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. A doença veio de forma inesperada e pegou a população mundial completamente desprevenida. Acompanhada dela, vieram também crises financeiras e entre famílias, bem como o isolamento social, que acarretou diversos problemas psicológicos, perda de empregos, vulnerabilizando, principalmente, a população periférica.

De acordo com um estudo da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) 2020, São Sebastião é uma população com mais de 100 mil habitantes, onde 52,4% recebem até dois salários mínimos. Pode-se dizer que grande parte das pessoas que residem em áreas urbanas estão em situação de vulnerabilidade, correndo riscos tanto sociais, quanto ambientais.

Durante a Covid-19 todos os programas estratégicos como: saúde da mulher, pré-natal e pediatria ficaram para segundo plano, além de visitas a domicílio e cadastramentos que também tiveram sua suspensão. As atividades coletivas foram totalmente suspensas. Demandas de urgências relacionadas ao pré-natal e pediatria foram alertadas e organizados para um atendimento rápido. Entretanto, todas as 25 equipes ficaram encarregadas somente para a Covid-19, dispensando outros acolhimentos que também tinham sua importância (Souza, 2023).

Em 2020, o Distrito Federal (DF) terminou o ano com 4.259 mortes por Covid-19. Ceilândia, no mesmo ano, apresentava 28 mil casos confirmados e 762 mortes. Já São Sebastião apresentava 6 mil casos confirmados e 89 mortes. As duas cidades satélites são denominadas como locais de vulnerabilidade (G1, 2020). São Sebastião apresentou dados relevantes em 2021. No final da pandemia houve uma baixa em relação às taxas de casos confirmados. De acordo o boletim epidemiológico da Codeplan, foram 18 mil casos confirmados, 11 mil casos curados e 210 óbitos, números considerados positivos, tendo em vista que cidades como Ceilândia apresentavam 48.105 casos confirmados e mais de mil óbitos, enquanto o Plano Piloto contava com 45.801 casos confirmados (G1, 2020).

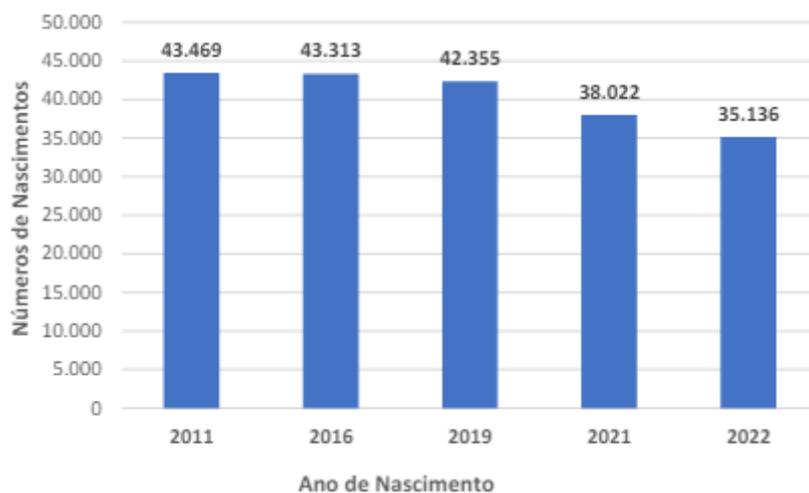
A taxa bruta de natalidade representa o número de nascidos vivos para cada grupo de 1000 habitantes. Este coeficiente sofre influência da estrutura etária e de sexo bem como das condições socioeconômicas e culturais da população (Saúde DF, 2015).

**Gráfico 26 - Número de nascido vivos e taxa de natalidade - Região Leste, 2015**



Fonte: Saúde DF, 2015

**Gráfico 27 - Número absoluto de nascimentos segundo série histórica – 2011, 2016, 2019, 2021 e 2022 (DF)**



Fonte: Secretaria de Saúde do DF - Sala de Situação.

Elaboração: IPEDF/DIEPS/COEST/GEPOP.

## 6.1 Gestação e pandemia

A gravidez é um momento de diversas reestruturações na vida da mulher que vai deixar de ser filha e se tornará “mãe”. Com isso, todos os papéis que são exercidos por ela serão modificados e novamente moldados para a chegada do novo integrante da família. Além de mudanças nas ações cotidianas, a mulher também reajusta seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais.

Quanto ao âmbito profissional, algumas atividades precisam ficar suspensas durante a gestação e especialmente no pós-parto. Esse processo é comum e esperado, pois a mulher foca suas atenções no bebê e em si mesma. Por isso, as outras áreas de sua vida recebem menos atenção.

No que se refere à conjugalidade, sabe-se que o casal será futuramente “pai e mãe”, alterando tanto as suas dinâmicas individuais, como a relação como um casal. Essa transição traz mudanças importantes, exigindo uma transformação e adaptação dos padrões anteriores entre a interação de ambos.

A gravidez, apesar de ser algo natural na vida das mulheres, não é fácil. Ao longo dos nove meses, as grávidas passam por um período emocional com altos e baixos, com intensidade muito maior do que a habitual no seu dia-a-dia devido às suas mudanças hormonais, psicológicas e também sociais.

Ao contrário das crenças que foram passadas de geração para geração, mesmo se as gestações forem desejadas e planejadas, pouco mais da metade das grávidas experimentam emoções positivas a respeito da sua condição de grávida, aceitando o seu papel de futura mãe, sua nova responsabilidade e nova rotina (Vido, 2006). Grande parte dessas mulheres diminuem seus contatos sociais por terem sentimentos negativos a respeito de seus corpos e sua autoimagem durante aquele espaço de tempo em que foi casa para uma pessoa. “Cada mulher é um ser único, com idealizações e significados pessoais do que é estar grávida e do que é ser mãe” (Vido, 2006).

O vírus da Covid-19 se propagou de forma rápida por todo o mundo, vulnerabilizando muitos grupos, dentre eles, as gestantes. Diante das complicações para a gestação e também para o feto, é necessário refletir sobre o estar gestante em tempos de pandemia da Covid-19 e qual a importância do cuidado profissional, a fim de superar os inúmeros desafios que estão presentes durante esse momento inesperado.

Por conta do risco elevado de morbimortalidade, a OMS declarou as mulheres grávidas como parte do grupo de risco. Para a maioria dos infectados, quando os sintomas se apresentam, são leves, como, por exemplo, febre e tosse seca. Já em mulheres na gestação, existem outros sintomas que podem aparecer de forma mais sutil, como fadiga, diarreia, congestão nasal e coriza. Além disso, algumas mulheres podem apresentar complicações mais graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SARS).

Com isso, existe um medo muito grande no momento do parto em relação à transmissão vertical do vírus. Devido a todas essas informações e incertezas da ciência sobre os possíveis riscos de infecção, é compreensível o medo que as mulheres têm acerca do momento do parto. Por isso, é importante que elas estejam atentas pois existem muitas *fake news* que podem levá-las a um aumento de ansiedade e estresse durante esse momento.

Acrescente-se a isso a preocupação acerca da escolha entre parto normal ou cesárea. A Covid-19 afetou negativamente a vida das pessoas com a mudança de suas rotinas na execução de atividades diárias, com o fechamento de escolas, a adaptação de trabalhos em formato online, assim como a privação de inúmeras atividades e um aumento de tempo de convívio entre pais e crianças. Para Ana, a pandemia e o isolamento social foram complicadas porque a família possuía um bar e, após ser declarado o *lockdown*, seu empreendimento teve que ser fechado “Por causa que nois (sic) tinha um bar... Aí nós fecho em um período interminável (sic) ... Porque nois não poderia ter nada aberto (sic)”.

Na pandemia, mulheres que se encontravam no período da gestação, parto ou puerpério possuíam necessidades únicas por se encontrarem nesse momento em que ficam muito mais sensíveis, ansiosas, com mudanças fora e dentro de seus corpos. As mulheres neste momento de suas vidas se tornam mais vulneráveis, de forma que a ausência de informações e também de cuidado quanto à segurança, pré-natal, parto e pós-parto podem aumentar a infecção. Ainda mais quando esses cuidados não existem ou deixam de ser prestados por falta de infraestrutura ou outros motivos que não foram revelados pelo governo. Para a participante Sandra, não houve um cuidado adequado e nem assistência. “Eu precisei, mas eu não tive assistência... Então, resolvi, liguei pro meu marido, dez, quase onze horas da noite...”, relatou.

## 6.2 Parto e pandemia

O período moderno da obstetrícia inicia-se com a obra de Henrique Deventer, *Novum Lumen Obstetricantibus*, publicada em 1701, e com a utilização do fórceps, por Pedro Chamberlen, em 1677. Como consequência, o atendimento foi modificado no ato de parir, e a gestação e o parto, que são fenômenos naturais e fisiológicos, foram transformados em um processo patológico e medicalizado (UFRGS, [s.d.]).

A prática do parto hospitalar no Brasil ficou conhecida após a Segunda Guerra Mundial, quando houve novos conhecimentos e habilidades nas cirurgias, anestesia e assepsia. Com esses novos conhecimentos, os médicos foram capazes de incorporá-los podendo reduzir a morbidade e mortalidade materna nas intervenções praticadas durante o parto hospitalar.

Apesar dos avanços tecnológicos terem proporcionado um controle maior quanto aos riscos entre a mãe e o bebê, houveram inúmeras intervenções desnecessárias para ambos (BVS, [s.d.]). Além disso, o parto hospitalar afasta a mulher de seu ambiente, colocando-a em um local desconhecido, às vezes com pessoas também desconhecidas, tornando aquele momento e aquela experiência mais estressantes do que se estivesse de forma natural fisiologicamente.

O uso exacerbado da tecnologia, com cesarianas desnecessárias, tem contribuído para a desumanização da assistência ao parto. O nascimento por cesariana tornou-se tão comum que a possibilidade de ter um parto normal deixou de ser uma prática cotidiana em muitas maternidades, mesmo quando essa é a escolha da parturiente. Os profissionais nem sempre estão preparados para atender a essa possibilidade, e, ainda que as convicções pessoais da parturiente sejam muito sólidas, o seu desejo nem sempre prevalece (SciELO, 2002).

Pode-se mencionar como importantes causas do elevado número de cesáreas: o pouco tempo dedicado pelo médico obstetra para acompanhar o trabalho de parto, em decorrência de atividades simultâneas que desempenha na prática médica; a desinformação da mulher em relação ao parto vaginal, assim como a falta de conhecimento sobre a indicação da cesárea anterior; o despreparo do médico que é formado para intervir; e a falta de enfermeiras obstétricas para assistir e auxiliar o parto (SciELO, 2002).

A expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto são disponibilizadas e acessíveis. Nesse sentido, a orientação durante o pré-natal deve fazer parte da assistência, sendo que um instrumento educativo de alto potencial, conhecido como plano de parto, é ainda pouco desenvolvido em nosso meio. Nesse planejamento, profissionais e usuárias - gestante ou casal - estabelecem vínculos com o serviço de saúde, para determinar onde e por quem o parto será realizado e conhecer as alternativas possíveis na assistência, em situações normais e no caso de surgirem complicações (Oliveira et al., 2002).

Com isso, é importante encontrar novas formas que proporcionem à mulher um controle maior sobre o parto e qual escolha tomar durante o procedimento. Isso também deve incluir o direito emocional, tendo um acompanhante de sua escolha durante todo o processo, sendo o pai do bebê ou qualquer pessoa de escolha da mulher.

O parto normal é aquele que ocorre no momento natural, de forma espontânea, sem intervenção cirúrgica ou método que o adiante. Ele ocorre entre a 37<sup>a</sup> e a 42<sup>a</sup> semana de gestação, geralmente em apresentação cefálica, de baixo risco, no início do trabalho de parto e até seu fim (Unimed, 2022).

A humanização do parto é um procedimento que além de desejável, do ponto de vista humano, é preconizado pelo Programa de Humanização do Parto (PHP), responsável por defender estratégias e ações que viabilizem o máximo de conforto possível à gestante e parturiente, garantindo um parto seguro e com o menor desconforto possível para mãe e bebê (SciELO, 2013).

Historicamente, o trabalho de parto e o parto aconteciam em um ambiente domiciliar, onde a mulher mãe era assistida por outra mulher chamada “parteira” ou “apareadeira” de sua confiança e também por seus familiares. A medicalização e seu processo tecnológico pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN) cresce com o intuito de superar o uso irracional de tecnologias que causam danos maiores à mulher e a bebê, assim como também é capaz de reduzir taxas de cesáreas e mortalidade materna.

A atenção humanizada tem início no pré-natal com o intuito de assegurar, por parte da equipe de saúde, procedimentos que sejam benéficos para a saúde da mãe e do bebê de modo a evitar intervenções desnecessárias, garantindo a privacidade e a autonomia da mulher e que o momento do parto seja uma boa experiência para ambos.

A humanização está voltada para a qualificação da atenção, de modo a promover o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos. O acolhimento implica uma recepção humana e atenta às queixas e preocupações expressadas pelas mães durante todo processo de gravidez, parto e as próximas horas que ficaram sob observação no hospital.

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento é um aspecto essencial da política de humanização e implica uma escuta aberta, sem julgamentos ou preconceitos, que transmita à gestante segurança para falar de sua intimidade e ajude-a a construir o conhecimento de si mesma, condição fundamental para uma participação mais ativa no momento do parto, contribuindo ainda para um nascimento mais tranquilo e saudável (Brasil, 2005).

O modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento ainda é caracterizado por ter muitas intervenções, penalizando a mulher e sua família por ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto (Scielo, 2013). Dessa maneira, a proposta de humanização da assistência ao parto foca em grandes demandas atuais das mulheres e da sociedade, como o direito de acesso a um sistema de saúde público e de qualidade e a possibilidade de atuar durante o parto como protagonistas, podendo exercer um papel ativo durante todo seu processo.

Durante a Covid-19, gestantes e puérperas foram incluídas no grupo de risco. Nas instituições de saúde do mundo todo, nos primeiros meses de pandemia, foram impostas mudanças de protocolos para impedir a transmissão do vírus, modificando as expectativas das gestantes em relação ao parto, aumentando seus níveis de preocupação, medo, estresse e incertezas.

No Brasil, a presença do acompanhante garantida por meio da Lei nº 11.108/2005 foi afetada pelas novas rotinas adotadas nas maternidades, assim como a *Golden Hour* (hora de ouro), o clampeamento tardio do cordão umbilical e a amamentação precoce do recém-nascido (Leal et al., 2021).

A reorganização da assistência nas maternidades deixou as mulheres de mãos atadas, com a sensação de que não poderiam fazer nada em relação ao que estava acontecendo. Ao serem submetidas aos protocolos de cada instituição, perderam seus direitos de escolha em diversos momentos. Garantir um atendimento obstétrico de qualidade com os princípios de humanização, enfatizando o protagonismo e a autonomia da mulher com comportamentos vindos dos profissionais que proporcionem um acolhimento respeitoso e condutas baseadas em evidências é imprescindível.

Houve uma grande mudança quanto a prioridade nos serviços de saúde. Nas maternidades, por exemplo, a prevenção à Covid-19 passou a ser o foco principal. Por isso, algumas medidas protetivas foram elegidas, mas restringiram muitos outros direitos. Além disso, como consequência dessa mudança, muitos serviços foram desativados por conta da grande e rápida disseminação da doença por todo o país. Em algumas maternidades, houve suspensão do alojamento conjunto, assim como o aumento da medicalização e de cesarianas, serviços perinatais foram ofertados de forma remota, fechamento de bancos de leite porque não podia haver a circulação de pessoas, redução nas equipes das maternidade por remanejamento para as áreas de Covid-19 que eram as áreas que mais precisavam de assistência naquele momento (Scielo, 2023). Porém, ao mesmo tempo em que a atenção voltada à Covid-19 deveria ser maior, também deveriam continuar dando assistência para as outras áreas, porque, ao serem deixadas de lado, há um grande comprometimento na qualidade da assistência geral do país.

Na situação complicada em que nos encontrávamos, houve uma mudança rápida e brusca que ocasionou uma escassez de profissionais pela alta demanda de pessoas e ações. Não houve uma avaliação de opções que poderiam ser utilizadas, porém, não é algo inesperado, visto que o imediatismo de reações é algo relativamente comum em nosso cotidiano. O imediatismo, na maioria das vezes, não é uma boa resposta para a segurança e bem-estar, tanto a curto, quanto a longo prazo para mulheres, bebês, famílias e pessoas em geral.

Quando as pessoas trabalham em situações estressantes, sob pressão de tempo, com acesso a informações extensas, porém, conflitantes, de várias fontes, e quando os resultados são incertos, existe a possibilidade de uma grande consequência.

Nos primeiros dias da pandemia, quando a orientação específica para a maternidade sobre a Covid-19 não estava disponível, o recurso a essas estratégias de tomada de decisão foi a resposta imediata. Embora o conhecimento intuitivo e tácito possa nos servir bem em situações familiares, o risco é que, nestes tempos desconhecidos, todo o sistema reverta para velhos padrões de comportamento; neste caso, padrões avessos ao risco e orientados para a intervenção que vão contra as evidências atuais se tornam predominantes (Renfrew et al., 2020).

Com essas decisões rápidas em resposta a esse momento, há um risco quanto aos ganhos em questão de cuidado, qualidade, e atendimentos personalizados para cada tipo de cuidado necessário em cada área específica. As decisões devem ser informadas e tomadas de acordo com evidências já existentes para que o trabalho e o cuidado continuem sendo contínuos e padronizados, independente das emergências que possam surgir ao mesmo tempo que outras necessidades já comuns cotidianamente; para que o acesso à saúde e sua qualidade não sejam modificadas por fenômenos inesperados.

### 6.3 Pós-parto e pandemia

Os cuidados às mulheres no pós-parto são definidos como práticas e avaliações de cuidados preventivos de rotina que são planejados para identificar, gerenciar ou encaminhar complicações maternas (Scielo, 2020). Ao serem prestados por profissionais da atenção primária à saúde (APS), existe um impacto positivo na saúde e também na qualidade de vida das mulheres.

Para garantir bons resultados à saúde das mulheres, é de suma importância que a assistência pós-parto seja organizada, coerente e aplicável, com foco principal nas suas necessidades de saúde com o intuito de proporcionar atenção integral e superação da visão das mulheres como apenas reprodutoras. Os estudos avaliativos da atenção pós-parto ainda são muito escassos, com foco em programas específicos do período.

O Estudo de Avaliabilidade tem sido usado no campo da avaliação em saúde. Com crescimento nos últimos anos, por ser uma abordagem sistemática para o planejamento de projetos de avaliação, tem se mostrado útil para melhorias de programas.

A necessidade de realizar um Estudo de Avaliabilidade da assistência pós-parto se justifica pela falta de trabalhos que sejam capazes de avaliar a assistência às mulheres no pós-parto. Ainda é uma assistência negligenciada pelas políticas públicas, serviços e profissionais de saúde pela elevada morbimortalidade das mulheres no período pós-parto.

O puerpério é o tempo de seis a oito semanas após o parto, didaticamente, pode ser dividido em três períodos, sendo imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). No puerpério ocorrem modificações internas e externas, configurando-se como um período carregado de transformações psíquicas, onde a mulher continua a precisar de cuidado e proteção (Ministério da Saúde do Brasil, 2006).

As mulheres em seu pós-parto precisam ser atendidas com uma visão integral que considere seu contexto sociocultural e também familiar. Os profissionais de saúde devem se encarregar de disponibilizar um atendimento compatível com a real necessidade apresentada por cada mulher, pois cada caso é único e diferente dos outros. Por isso, os profissionais devem estar preparados para exercer seu papel com excelência de forma que todas tenham o mesmo tratamento em seu puerpério.

Em 1984, dentro do Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM), foi inserida a proposta de abordar a mulher como um sujeito de cuidado que deve ser percebida e, assistida em sua singularidade, não focando apenas os aspectos biológicos, mas também considerando suas outras dimensões (social, econômica, histórica, política e cultural) (Hoffmann, 2008).

A partir do PAISM, o puerpério começou a ser incluído como um período que merece receber atenção especial dos serviços de saúde. A atenção de cuidado pós-parto de qualidade e humanizada é essencial tanto para mãe quanto para o bebê. Com isso, é preciso um olhar cuidadoso e amplo sobre todo e qualquer processo de saúde/doença, assim como o relacionamento entre as pessoas envolvidas na produção de saúde e a construção de uma cultura de respeito entre todos os indivíduos.

O puerpério é um período propício para a assistência à mãe, filho e família. Qualquer fragilidade que afete um desses três grupos alvo, representa uma ameaça à saúde infantil, visto que é fundamental o papel das mães em relação aos cuidados com as crianças, sendo o desenvolvimento dessas diretamente influenciado pelas condições em que as famílias se encontram.

A pandemia de Covid-19 foi uma fase muito difícil para todos mas principalmente para as mães/grávidas e puérperas. Um dos maiores problemas foi, inicialmente, a falta de acompanhante durante o pós-parto no hospital e, posteriormente, o contato com outras pessoas após o parto já em suas residências, devido à questão do distanciamento social.

Sandra relata que os profissionais de saúde não queriam autorizar seu acompanhante no pós-parto: "... eles não queriam deixar, mas como era aí, era eu mesmo insistir mesmo que eu queria". "... Mas isso, às vezes, pode... Você vai de profissional pra profissional também, porque tem profissional que não aceita, mas eu falei, você [médico] vai..."

Apesar das medidas de distanciamento serem utilizadas como uma forma de cuidado contra a doença, ela também propiciou riscos à integridade física e principalmente psicológica das mulheres (SciELO, 2020).

Além das dificuldades com o isolamento social e o puerpério, existe uma grande dificuldade para as mães solo e chefes de família. Como a maioria das residências são organizadas e comandadas por mulheres (G1, 2022), as consequências recaem mais para elas do que para os pais, sobrecarregadas com trabalhos domésticos, cuidados com a família em um geral, aumento de ansiedade e depressão por um aumento nas suas atividades e um descuido pessoal dessas mulheres.

Com isso, o aumento de depressão pós-parto por desinformação foi inevitável devido ao momento crítico em que nos encontrávamos. Sandra relata: “Eu tava de um jeito que tudo que... Eu acho que o maior erro da gente, ser humano, é ouvir notícias... Então, a gente já fica numa situação, assim, que eu mesma pensava, “meu Deus, eu vou morrer...” Aí aquilo ia me... ia mexendo com o psicológico da gente, mexe muito, muito, muito, muito mesmo.”

Quando se trata de saúde, a ausência ou deficiência de informações e, em especial, informações falsas (*fake news*) podem gerar danos irreparáveis, por oferecerem deformação de fatos. O uso de mídias sociais como meio de informação trouxe o desafio de monitorar e responder rapidamente a conteúdos falsos disseminados nesses canais.

Com isso, as *fake news* trouxeram inúmeras consequências para o pós-parto das mulheres, pela complexidade da disseminação de notícias falsas, deixando-as desprotegidas pelo afastamento de informações verdadeiras. Um exemplo é a vacinação, que foi pauta de muitas *fake news*.

## 6.4 Amamentação

O ato de amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação entre mãe e filho, com a capacidade de se defender de possíveis infecções e fisiologia, assim como influencia no desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê, também podendo implicar na saúde física e psíquica da mãe (BVS, [s.d.]).

O aleitamento materno é a estratégia que mais previne mortes em crianças menores de cinco anos, sendo o leite materno superior a qualquer outro leite de fórmula que pode ser utilizado nessa fase da vida, visto que é um alimento completo que possui todos os nutrientes que o bebê necessita (BVS, [s.d.]). Além de alimentar o bebê, é importante destacar que o leite materno possui inúmeros anticorpos capazes de proteger contra doenças como por exemplo, a diarreia, infecções respiratórias e alergias (BVS, [s.d.]).

É importante conhecer e diferenciar os tipos e definições de aleitamento materno que são adotadas pela Organização Mundial da Saúde. O aleitamento materno exclusivo é quando a criança recebe exclusivamente o leite materno, direto da mama ou ordenhado, podendo também ser de outra mãe, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

O aleitamento materno predominante é quando a criança recebe além do leite materno água ou bebidas à base de água. Já o aleitamento materno é quando a criança recebe leite materno, direto da mama ou de forma ordenhada, independente de receber ou não outros alimentos. O aleitamento materno complementado é quando a criança recebe além do leite materno qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementar e não substituir. Nesse grupo, a criança pode receber também outro tipo de leite além do leite materno, mas não é considerado alimento complementar. Por último, o aleitamento misto ou parcial é quando a criança recebe além do leite materno, outros tipos de leite.

“Vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente” (Kennedy, 2005).

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam que o aleitamento materno exclusivo deve ser até os 6 meses de idade. Já o aleitamento complementado, até os dois anos ou mais. Não existem vantagens em fazer a introdução alimentar antes dos seis meses, podendo haver prejuízos à saúde da criança, visto que a introdução precoce de outros alimentos está associada a episódios de diarreia, hospitalização por doença respiratória, assim como a menor duração do aleitamento materno.

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500ml) de leite materno no segundo ano de vida fornece 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida, elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doenças infecciosas quando comparadas com crianças amamentadas (Organização Mundial da Saúde, 2000).

Diante do isolamento social recomendado, ocorreram mudanças comportamentais, como, por exemplo, mulheres vivenciando seu trabalho de parto sem acompanhante e puérperas sendo separadas de seus filhos após o nascimento. A Covid-19 também trouxe a possibilidade do vírus ser transmitido pelo leite materno – motivo de preocupações para puérperas, sendo algumas vezes informadas de que a amamentação não era segura (SciELO, 2022).

Com a pandemia, o aleitamento materno também foi algo que foi deixado de lado. Um dos motivos que levou a interrupção do aleitamento materno foi a falta de apoio profissional presencial, além da decisão das próprias mulheres em parar de amamentar, em decorrência da insegurança pela possibilidade de transmitir o vírus para seu bebê.

A OMS e instituições, como o MS, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Academia Americana de Pediatria, recomendam a continuidade do aleitamento materno, pois a prática diminui os riscos de os bebês apresentarem sintomas respiratórios graves. Além disso, anticorpos para SARS-CoV-2 foram encontrados no leite materno, sugerindo proteção contra infecção pelo vírus (Souza et al., 2022).

Entre as quatro entrevistadas, Sandra relata, via WhatsApp, que “Eu conseguie amamentar ate 1 ano a depois eu fiz o dismamw....eu preferie (sic)”. Ana diz apenas que “Sim”, sem entrar em muitos detalhes. Rita também relata que “Sim, amamentei até os 2 anos e seis meses”. Joana relata que “amamentei desde o primeiro dia até os 2 anos e um mês...eu que quis desmamar”.

Mesmo que a amamentação não seja contra indicada, para a mulher que está positivada ou com suspeita, ao amamentar, deve manter todos os cuidados necessários como o uso de máscara, a lavagem correta das mãos com o uso de álcool antes e depois de manusear o bebê. Além desses cuidados no momento da amamentação, a mulher deve permanecer em isolamento o máximo possível (BVS, [s.d.]).

## 6.5 Vacinação

O primeiro indício de vacina surgiu na China, no século X, contra a varíola, uma doença febril que não possuía cura e produzia pústulas (“bolinhas com pus”), deixando cicatrizes. O método utilizado era a coleta, na qual as cascas de feridas de varíola eram transformadas em um pó com o vírus já inativo e espalhadas nos ferimentos das pessoas que já estavam contaminadas. Esse método ficou conhecido como variolação. Alguns séculos depois, em 1796, com as pesquisas de Edward Jenner, as vacinas passaram a ser semelhantes às atuais (Butantan, 2021).

Ao perceber que moradores de áreas rurais que haviam contraído *cowpox*, uma doença semelhante à varíola, não ficavam doentes com a varíola humana, Jenner fez um experimento e aplicou em um menino chamado James Phipps de oito anos, uma pequena dose de varíola bovina. O garoto ficou doente, porém, manifestou a doença de forma leve. Após sua recuperação, Jenner introduziu na criança o vírus em sua forma mais fatal, que fora retirado de uma ordenhadeira. O menino, já imune, não desenvolveu a varíola. A palavra “vacina” vem de “vacca”, justamente pelo contexto histórico (Butantan, 2021).

A história da vacinação no Brasil data de 1804, quando a vacina da varíola chegou ao país, trazida pelo marquês de Barcelona. Vinda de Portugal, a vacina foi colocada em prática inicialmente na Bahia (Unimed, [s.d.]).

A vacina é uma forma de imunização ativa baseada na introdução do agente causador da doença em um corpo. Esses agentes se reproduzem de modo a estimular a produção de anticorpos e células de memória pelo sistema imunológico. Por causa da produção de anticorpos e células de memória, a vacina garante que, quando o agente causador da doença infecta o corpo, ele já esteja preparado para responder de maneira rápida, antes do surgimento dos sintomas da doença (BVS, [s.d.]).

A vacina é uma importante aliada quando se fala do controle, combate e eliminação de doenças por ser capaz de proteger não apenas o indivíduo que está recebendo, como também todo o restante da sociedade. Isso significa que quanto maior for o número de pessoas vacinadas, menor será o número e a chance de contaminação.

No Brasil, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que se destaca como um dos melhores programas de imunização do mundo, capaz de atuar no combate e na prevenção quanto ao controle e erradicação de doenças além de ser capaz de disponibilizar diversas vacinas à população.

O Brasil, atualmente, é um dos países que oferecem o maior número de vacinas à população. Mais de 300 milhões de doses anuais são disponibilizadas, são 43 tipos diferentes de imunobiológicos, 26 vacinas, 13 soros heterólogos (imunoglobulinas animais) e quatro soros homólogos (imunoglobulinas humanas), utilizadas na prevenção e tratamento de doenças (BVS, [s.d.]).

O esforço para imunizar a população está dando resultados. O Brasil alcançou a erradicação da poliomielite e da varíola, e a eliminação da circulação do vírus autóctone do sarampo, desde 2000, e da rubéola, desde 2009 (Unimed [s.d]).

O Coronavírus se disseminou rapidamente pelo mundo em razão da sua alta e fácil transmissibilidade, tornando-se um grave problema de saúde pública que foi caracterizada como uma pandemia. Com a seriedade da doença, as indústrias e laboratórios farmacêuticos entraram em uma corrida para o desenvolvimento de fármacos e vacinas que fossem capazes de conter a pandemia de Covid-19.

Se tratando de vacinas, são necessários métodos eficazes na prevenção e também na transmissão de doenças infecciosas. Por isso, existe a necessidade de desenvolver imunizantes que sejam eficientes e seguros para a prevenção da disseminação do SARS-CoV-2 (Covid-19). O processo de produção das vacinas segue as fases de um estudo clínico, com etapas pré-clínicas, realizadas em laboratórios, de forma geral, em modelos animais, com o objetivo de avaliação de dose e toxicidade nesta população (SciELO, 2021).

A primeira fase visa avaliar a segurança do produto; a segunda fase avalia a segurança, a dose e a frequência de administração, além de sua imunogenicidade. A terceira fase tem como intuito realizar a avaliação principal de eficácia do produto por meio de ensaios clínicos controlados e randomizados envolvendo voluntários para a pesquisa. Após publicada, a vacina é submetida à uma avaliação pelas agências reguladoras para que posteriormente seja realizada a produção e distribuição. A quarta e última etapa é responsável por estimar os efeitos e as intercorrências após a utilização da vacina em larga escala na população alvo (SciELO, 2021).

“De acordo com a OMS, até o dia 29 de dezembro de 2020, existiam 172 vacinas contra Covid-19 em desenvolvimento na fase pré-clínica e 60 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica” (WHO, 2020). Discutir a aceitação das vacinas é algo relevante, ainda mais no contexto da pandemia e considerando que houve uma infodemia potencializada pelas redes sociais com as “*fake news*”. Com isso, é de suma importância identificar a aceitação das pessoas em relação às vacinas, pois serão informações úteis para a definição de estratégias que auxiliem e melhorem a compreensão, favorecendo o controle da doença.

A vacinação de Covid-19 no Brasil iniciou-se dia 17 de janeiro de 2021. As vacinas que foram utilizadas foram dos laboratórios Butantan, AstraZeneca, Pfizer e Janssen. A CoronaVac é a vacina do Butantan que utiliza a tecnologia do vírus inativo. Ao ser injetado no organismo, o vírus não é capaz de causar doenças, mas induz a uma resposta imunológica. A eficácia global pode chegar a 62,3% (Butantan, [s.d.]).

A vacina da AstraZeneca foi desenvolvida pela farmacêutica em parceria com a Oxford. No Brasil, é produzida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A tecnologia que foi utilizada nessa vacina foi a vetor viral, na qual o adenovírus é manipulado geneticamente para ser inserido o gene da proteína “Spike” (proteína “S”) do Sars-CoV-2. Sua eficácia é de 76% após a primeira dose e 81% após a segunda. O intervalo em que se deve tomar as doses é de 12 semanas (Butantan, [s.d.]).

A vacina da Pfizer foi feita em parceria com o laboratório BioNTech, com a tecnologia de RNA mensageiro. O RNA mensageiro sintético dá as instruções ao organismo para a produção de proteínas encontradas na superfície do novo coronavírus que estimulam a resposta do sistema imune. Sua eficácia é de 95% após a segunda dose. O intervalo entre uma dose e outra deve ser de até 12 semanas após a primeira dose. (Butantan, [s.d.]).

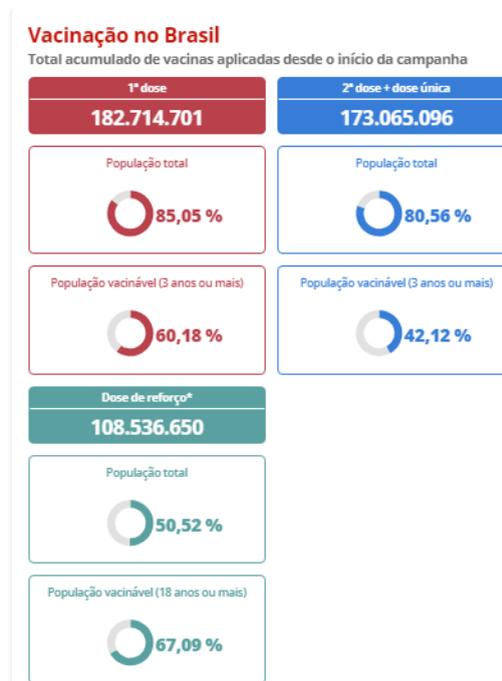
A vacina do laboratório Janssen, do grupo Johnson&Johnson, é aplicada apenas com uma dose. Assim como o imunizante da AstraZeneca, também utiliza a tecnologia de vetor viral, baseado em um tipo específico de adenovírus que foi geneticamente modificado para não se replicar em humanos. Possui 66,9% de eficácia para casos leves e moderados e 76,7% contra casos graves quatro dias após a aplicação. (Butantan, [s.d.]).

As vacinas da Covid-19 tiveram grande impacto na redução da morbimortalidade da doença, tendo evitado muitos óbitos e internações no Brasil desde a sua introdução. De fato, desde o início da 1ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, em janeiro de 2021, pode-se observar uma queda importante das internações e dos óbitos por Covid-19 nas diferentes faixas etárias à medida que se avançou na vacinação (Ministério da Saúde, [s.d.]).

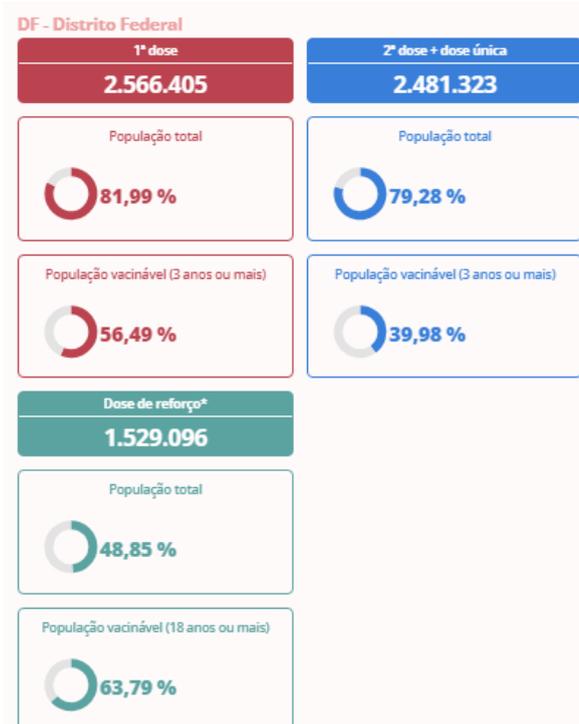
É importante ressaltar que as vacinas não devem ser combinadas. As vacinas que podem ser utilizadas pelas gestantes são a Pfizer e a CoronaVac por não possuírem o vetor viral, diferentemente da AstraZeneca e da Janssen, que não devem ser utilizadas por esse fator (Gov.br, 2021). É importante destacar que a vacinação pode ocorrer a qualquer momento da gestação, as puérperas e lactantes também podem tomar a vacina com segurança e sem se preocuparem (Gov.br, 2021).

A adesão de vacinas contra a Covid-19 foi baixa, apenas 646 mil gestantes receberam a dose completa. Isso corresponde a 21,6% de todas as gestantes brasileiras que deveriam tomar as vacinas no ano de 2021. A baixa da adesão às vacinas se refere às dúvidas e também ao alto índice de notícias e informações falsas a respeito de seu êxito (BBC, 2022).

De acordo com a entrevistada Sandra, seu marido não queria permitir que tomasse a vacina e nem que posteriormente vacinasse seus outros filhos pequenos. “É, meu marido mesmo não queria sabe?! Não queria que eu tomasse vacina e nem que desse nele aqui, mas tomei mesmo assim porque disse que o corpo era meu e o filho era meu também. Se ele não quisesse, ele não tomava, tanto foi que tomou só a primeira dose porque foi o que eu consegui que ele tomasse.”



Fonte: G1, 2024



Fonte: G1, 2024

## 7. Conclusão

Esse estudo visou analisar o Impactos da Pandemia de Covid-19 em mulheres, no período gravídico puerperal, moradoras da Vila do Boa, São Sebastião - DF, 2020 – 2022. Também mapeou o número de mulheres que deram à luz no período de 2020 a 2022, além de classificar quais foram as maiores necessidades médicas, psicológicas e sociais das usuárias durante seu período de pré-natal, parto e pós-parto.

Como resultado, foi possível observar que as mulheres continuaram acessando os serviços de saúde, principalmente as UBS's, que ao mesmo tempo que recebiam pessoas com sintomas de Covid, também atendiam e recebiam mulheres grávidas nesse mesmo local. É importante ressaltar que mais da metade delas não contraíram a Covid-19 durante seus nove meses de gestação. Além disso, o esquema de vacinação foi quase completo, demonstrando uma boa adesão às vacinas que foram ofertadas.

Por meio das biografias, foi possível perceber o quanto essas mulheres mães sofreram durante seu processo gravídico puerperal em relação aos serviços de saúde. Contudo, para as mães da Vila do Boa, foi diferente por conseguirem seguir em frente com os serviços básicos durante a gestação, como, por exemplo, o pré-natal.

Pôde-se compreender como essas mulheres possuem uma perspectiva diferente sobre a qualidade dos serviços e da assistência de saúde. Isso ocorre porque a disseminação de informações, assim como sua compreensão, é diferente das pessoas que possuem mais estudo e uma qualidade de vida melhor, visto que essa população além de ter um acesso à saúde superior, também possui melhores condições de vida que as favorecem.

Ainda que tenham acessado os serviços de saúde, é indispensável considerar que São Sebastião teve uma taxa baixa de contágio e mortalidade. Apesar dessas mulheres relatarem que seguiram suas vidas “normalmente”, isso não pode ser visto como se estivesse tudo em ordem, pois não era assim que a sociedade encontrava-se. Isso na verdade insinua o quanto as mulheres e mulheres mães que são pobres e periféricas não são olhadas e, como a pobreza e a vulnerabilidade social compõem suas vidas cotidianamente.

Como um limitador, é importante ressaltar que ao final da pesquisa foi possível observar que os resultados foram completamente diferentes do que o esperado visto que, antes da região da Vila do Boa ser estudada, existia a visão de que por ser uma região vulnerabilizada, as pessoas iriam se ajudar menos e iriam ter um índice maior de mortalidade materna, contração do vírus assim como uma baixa adesão ao esquema vacinal, porém, ao realizar a pesquisa foi possível perceber como os indivíduos dessa região se ajudaram e cuidaram uns dos outros mesmo com suas dificuldades. A solidariedade de uns com os outros foi imprescindível no momento pandêmico em que nos encontrávamos trazendo uma grande diferença no que era esperado para essa região e o que os resultados puderam mostrar.

Com um olhar sanitário, é possível dizer que ao cuidar da saúde com um olhar amplo, tanto coletivamente quanto do indivíduo, reflete não apenas na melhoria da visibilidade da população mais vulnerável como também, reflete sobre as condições de vida em todos os tipos de escalas. Por isso, zelar pela dignidade da pessoa humana pelos seus direitos sociais e de cidadania assim como seus princípios éticos, garantir a segurança sanitária da população prevenindo a exposição a riscos e potenciais danos, ficam como recomendação para que futuros estudos possam evidenciá-las fazendo com que os direitos de todos e o acesso à saúde nunca sejam negados independente da raça/cor, estado civil ou religião, sendo um direito protegido nacionalmente pela Constituição da República de 1988.

A garantia de assistência à saúde, bem como a afirmação de direitos ao se proporcionar acesso adequado durante o período gravídico puerperal não é apenas uma questão de saúde pública, mas também de justiça social.

## 8. Referências Bibliográficas

Brenes, A. C. (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de saúde pública*, 7(2), 135–149. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1991000200002>

Carlos Batista, E., Luís, A., & Nascimento, A. B. ([s.d.]). *A ENTREVISTA COMO TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA*. Com.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de [https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/download/17910/11692/43632#:~:text=Entrevista%20semiestruturada%3A%20Combina%20perguntas%20fechadas,formulada%20\(MINAYO%2C%202010](https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/download/17910/11692/43632#:~:text=Entrevista%20semiestruturada%3A%20Combina%20perguntas%20fechadas,formulada%20(MINAYO%2C%202010)

Coelho, B. (2017, outubro 15). *Estudo de caso: como elaborar um para seu TCC e trabalhos acadêmicos*. Blog da Mettzer. <https://blog.mettzer.com/estudo-de-caso/>

Fev, 15. ([s.d.]). *OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias*. Paho.org. Recuperado 27 de novembro de 2023, de <https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2018-oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-cuidado-para-mulheres-gravidas-e>

Malheiros, P. A., Alves, V. H., Rangel, T. S. A., & Vargens, O. M. da C. (2012). Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & contexto enfermagem*, 21(2), 329–337. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000200010>

Oliveira, S. M. J. V. de, Gonzalez Riesco, M. L., Rosas Miya, C. F., & Vidotto, P. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista latino-americana de enfermagem*, 10(5), 667–674. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000500007>

Souza, J. B. de, & Castro-Silva, C. R. de. (2022). Pandemia da covid-19 e o aumento da violência doméstica em território vulnerável: uma resposta de base comunitária. *Saúde e Sociedade*, 31(4), e220227pt. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902022220227pt>

Souza, É. R., Dumont-Pena, É., & Patrocino, L. B. (2022). Pandemia do coronavírus (2019-nCoV) e mulheres: efeitos nas condições de trabalho e na saúde. *Saúde em Debate*, 46(spe1), 290–302. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e120>

Valadão, C. L., & Pegoraro, R. F. (2020). Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: revista de psicologia*, 32(1), 91–98. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>

*Vista do MÉTODOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS: UM RESGATE TEÓRICO.* ([s.d.]). Com.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17591/1376>

*Vista do Para muito além do pulmão: o Covid-19 e a vida das mulheres no Brasil.* ([s.d.]). Ufba.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/44342/27107>

Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 75(S1). [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(01)00519-7)

([S.d.]). Gov.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNPM.pdf>

Amorim, M. M. R., Souza, A. S. R., Melo, A. S. de O., Delgado, A. M., Florêncio, A. C. M. C. da C., Oliveira, T. V. de, Lira, L. C. S., Sales, L. M. dos S., Souza, G. A., Melo, B. C. P. de, Morais, Í., & Katz, L. (2021). COVID-19 and Pregnancy. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(suppl 2), 337–353. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s200002>

Estrela, F. M., Silva, K. K. A. D. A., Cruz, M. A. D. A., & Gomes, N. P. (2020). Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis (Rio de Janeiro, Brazil)*, 30(2), e300215. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300215>

Fev, 15. ([s.d.]). OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias. Paho.org. Recuperado 27 de novembro de 2023, de <https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2018-oms-emite-recomendacoes-para-estabecer-padrao-cuidado-para-mulheres-gravidas-e>

Malheiros, P. A., Alves, V. H., Rangel, T. S. A., & Vargens, O. M. da C. (2012). Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & contexto enfermagem*, 21(2), 329–337. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000200010>

Oliveira, S. M. J. V. de, Gonzalez Riesco, M. L., Rosas Miya, C. F., & Vidotto, P. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista latino-americana de enfermagem*, 10(5), 667–674. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000500007>

Souza, C. C., & Felipe, M. V. S. ([s.d.]). *IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DE PESQUISA (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS) EM GEOGRAFIA*. Com.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de [https://editorarealize.com.br/editora/anais/enanpege/2021/61e0804ab5f4a\\_13012022164058.pdf](https://editorarealize.com.br/editora/anais/enanpege/2021/61e0804ab5f4a_13012022164058.pdf)

Souza, H. R. (2019). CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo. *Cadernos de Campo (São Paulo 1991)*, 28(2), 344–349. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v28i2p344-349>

Tecnologia, C. ([s.d.]). *Moodle USP: e-Disciplinas*. Usp.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3480016/mod\\_1](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3480016/mod_1)

*Vista do DIREITOS REPRODUTIVOS EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: COMPREENDENDO O ACESSO DE GESTANTES E PUÉRPERAS*

AOS SERVIÇOS DE SAÚDE. ([s.d.]). Ufba.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42365/24679>

([S.d.]-a). Edu.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de [https://www.ufrb.edu.br/ccaab/images/AEPE/Divulga%C3%A7%C3%A3o/LIVROS/Metodologia\\_do\\_Trabalho\\_Cient%C3%ADfico\\_-\\_1%C2%AA\\_Edi%C3%A7%C3%A3o\\_-\\_Antonio\\_Joaquim\\_Severino\\_-\\_2014.pdf](https://www.ufrb.edu.br/ccaab/images/AEPE/Divulga%C3%A7%C3%A3o/LIVROS/Metodologia_do_Trabalho_Cient%C3%ADfico_-_1%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o_-_Antonio_Joaquim_Severino_-_2014.pdf)

([S.d.]-b). Gov.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNPM.pdf>

([S.d.]-c). Scielo.br. Recuperado 27 de novembro de 2023, de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tV5nxDNB6SkKfCb88FnnCmv/>

Onu Mulheres, F. ([s.d.]). *GÊNERO E COVID-19 NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE: DIMENSÕES DE GÊNERO NA RESPOSTA*. Org.br. Recuperado 11 de dezembro de 2023, de [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19\\_LAC.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf)

Mendonça, R. C. F. de, & Ribeiro Filho, J. (2021). Impacto da COVID-19 na saúde da gestante: evidências e recomendações. *na saúde da gestante: evidências e recomendações. Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências*, 4(1), 107–116. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46825>

Nakamura-Pereira, M., Ramos Amorim, M. M., De Carvalho Pacagnella, R., Libertad, M., Takemoto, S., Fatima, C., De Rezende-Filho, J., Do, M., & Leal, C. ([s.d.]). COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. Bvsalud.org. Recuperado 11 de dezembro de 2023, de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118623/femina-2020-488-496-498.pdf>

Sarti, T. D., Lazarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e servicos de saude: revista do Sistema Unico de*

Medeiros, M. C. de. (2023). *Violência obstétrica: os direitos da parturiente durante a Pandemia de Covid-19*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/54084/1/VIOL%c3%8aNCIA%20OBS%20T%c3%89TRICA%20OS%20DIREITOS%20DA%20PARTURIENTE%20DURANTE%20A%20PANDEMIA%20DE%20COVID-19%20MEDEIROS%202023.pdf>

Cestari, V. R. F., Florêncio, R. S., Sousa, G. J. B., Garces, T. S., Maranhão, T. A., Castro, R. R., Cordeiro, L. I., Damasceno, L. L. V., Pessoa, V. L. M. de P., Pereira, M. L. D., & Moreira, T. M. M. (2021). Vulnerabilidade social e incidência da COVID-19 em uma metrópole brasileira. *Ciência & saúde coletiva*, 26(3), 1023–1033. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42372020>

Souza, A. S. R., Amorim, M. M. R., Melo, A. S. de O., Delgado, A. M., Florêncio, A. C. M. C. da C., Oliveira, T. V. de, Lira, L. C. S., Sales, L. M. dos S., Souza, G. A., Melo, B. C. P. de, Morais, Í., & Katz, L. (2021). General aspects of the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(suppl 1), 29–45. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100003>

CODEPLAN. Boletim COVID-19 n° 71, 24 de agosto de 2021. [s.l.: s.n.]. Disponível em: [https://www.ipe.df.gov.br/wpcontent/uploads/2020/04/Boletim\\_Codeplan\\_n71\\_2\\_24\\_08.21.pdf](https://www.ipe.df.gov.br/wpcontent/uploads/2020/04/Boletim_Codeplan_n71_2_24_08.21.pdf). Acesso em: 04 jul. 2024.

Joaquim, R. H. V. T., Dittz, E. da S., Leão, A., Madalena, C. M., Costa, P. R. da, Azevedo, L., & Magalhães, L. C. (2022). Maternidade em tempos de pandemia de Covid-19: o que nos revelam as mães atendidas em um hospital de referência. *Interface*, 26, e210785. <https://doi.org/10.1590/interface.210785>

Almeida, R. A. A. S., Carvalho, R. H. de S. B. F. de, Lamy, Z. C., Alves, M. T. S. S. de B. e., Poty, N. A. R. de C., & Thomaz, E. B. A. F. (2022). DO PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO: MUDANÇAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE OBSTÉTRICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19. *Texto & contexto enfermagem*, 31, e20220206. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0206pt>

Renfrew, M. J., Cheyne, H., Craig, J., Duff, E., Dykes, F., Hunter, B., Lavender, T., Page, L., Ross-Davie, M., Spiby, H., & Downe, S. (2020). Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. *Midwifery*, 88(102759), 102759. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S. ([s.d.]). *GESTAÇÃO E A CONSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE*. Scielo.br. Recuperado 6 de agosto de 2024, de <https://www.scielo.br/j/pe/a/dmBvk536qGWLgSf4HPTPg6f/?format=pdf>

([S.d.]-e). Rcaap.pt. Recuperado 7 de agosto de 2024, de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8219>

Leal CA, Lima MM, Sonaglio BB, Costa R, Wilhelm LA, Drews MP. Atenção ao parto e puerpério durante a pandemia de COVID-19: implicações na humanização do cuidado. *Rev. Eletr. Enferm.* 2023;25:73786. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.73786>

*Vista do Análise das vias de parto durante a pandemia do coronavírus de 2020 a 2022.* ([s.d.]). Edu.br. Recuperado 8 de agosto de 2024, de <http://revistas.unirv.edu.br/index.php/cicurv/article/view/505/199>

Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Mello, D. F. de .. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussão na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, 19(1), 181–186. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>

Barreto MS, Caram CS, Santos JLG, Souza RR, Goes HLF, Marcon SS. Fake news about the COVID-19 pandemic: perception of health professionals and their families. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0007>.

Souza SRRK, Pereira AP, Prandini NR, Resende ACAP, Freitas EAM, Trigueiro TH, Wall ML. Breastfeeding in times of COVID-19: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210556. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0556en>

Silva, C. F., Bezerra, I. C. da S., Soares, A. R., Leal, A. S. L. G., Faustino, W. de M., & Reichert, A. P. da S. (2023). Implicações da pandemia da COVID-19 no aleitamento materno e na promoção da saúde: percepções das lactantes. *Ciencia & saude coletiva*, 28(8), 2183–2192. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05882023>

SANTOS, Vanessa Sardinha dos. "História da vacina"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/a-historia-vacina.htm>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

([S.d.]-g). Gov.br. Recuperado 12 de agosto de 2024, de <https://butantan.gov.br/noticias/imunizacao-uma-descoberta-da-ciencia-que-vem-salvando-vidas-desde-o-seculo-xviii>

([S.d.]-h). Coop.br. Recuperado 12 de agosto de 2024, de [https://www.unimed.coop.br/portalunimed/viver\\_bem/\\_CAS/folder\\_CAS\\_cobertura\\_vacinal.pdf](https://www.unimed.coop.br/portalunimed/viver_bem/_CAS/folder_CAS_cobertura_vacinal.pdf)

([S.d.]-i). Gov.br. Recuperado 12 de agosto de 2024, de <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/quais-sao-as-diferencas-entre-as-vacinas-contracovid-19-que-estao-sendo-aplicadas-no-brasil#:~:text=Quatro%20vacinas%20contra%20a%20doen%C3%A7a,somente%20as%20tr%C3%AAs%20primeiras%20est%C3%A3o>

*Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil.* (2021, janeiro 7). G1. <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>

Birman, Joel. (1991). A physis da saúde coletiva. *PHYSIS*. 1. 10.1590/S0103-73311991000100001.

*A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso.* ([s.d.]). UNFPA Brasil. Recuperado 19 de agosto de 2024, de <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>

Souto, S. P. A. do, Albuquerque, R. S. de, & Prata, A. P. (2020). O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. *Revista brasileira de*

<https://www.scielo.br/j/reben/a/n335kgkbtL7mhFQfnfYHy9K/?lang=pt>

Valadão, C. L., & Pegoraro, R. F. (2020). Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: revista de psicologia*, 32(1), 91–98.

<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>

Brito, R. C. da S., Almeida Junior, J. J. de, & Medeiros, A. C. Q. de. (2023). Impactos da pandemia da Covid-19 sobre o puerpério: interações e dinâmicas de um grupo de apoio virtual. *Physis (Rio de Janeiro, Brazil)*, 33, e33067.

<https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333067>

([S.d.]-j). Revistacontemporanea.com. Recuperado 21 de agosto de 2024, de <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2405#:~:text=Resultados%3A%20identificou%2Dse%20que%20os,emocional%20das%20m%C3%A3es%2C%20entre%20outros.>

*Governo recomenda vacinação contra Covid-19 em gestantes e puérperas sem comorbidades.* (2021, julho 9). Serviços e Informações do Brasil. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/07/governo-recomenda-vacinacao-contracovid-19-em-gestantes-e-puterperas-sem-comorbidades>

## Anexo/Apêndice

### **ENTREVISTA (roteiro)** **Impactos da pandemia de COVID-19 no período** **gravídico puerperal das mulheres moradoras da Vila** **do Boa, São Sebastião - DF, 2020 - 2022**

1. Você fez o isolamento social? Como foi? Qual foi sua maior dificuldade?
2. Acredita que por morar em uma região mais vulnerabilizada do DF houve menos informação e auxílio da parte do governo? Como se sentiu?
3. Teve COVID-19 em algum momento?
4. Quais foram os serviços de saúde que você acessou durante a pandemia?
5. Você tem conhecimento das políticas públicas voltadas para o período da gravidez durante a COVID-19?
6. Dentro do momento em que nos encontrávamos, quais foram as suas maiores necessidades durante seu período de pré-natal, parto e pós parto? Sentiu muita diferença da nossa antiga época "normal"?
7. Pela sua experiência, como você avalia as vivências da assistência à saúde direta das usuárias da Vila do Boa durante o momento pandêmico. (consultas, vacinas, pré-natal, atendimento odontológico...)
8. Durante seu pré-natal, parto ou pós parto, você se sentiu invadida, tratada de forma grosseira ou desrespeitosa?

# Impactos da pandemia de Covid- 19 no período gravídico puerperal das mulheres moradoras da Vila do Boa, São Sebastião - DF, 2020 - 2022

Pesquisa para dados do trabalho de conclusão de curso, sobre "Impactos da pandemia de Covid-19 no período gravídico puerperal das mulheres moradoras da Vila do Boa, São Sebastião - DF, 2020 - 2022", orientado pela

Profª Drª Rosamaria Giatti Carneiro juntamente com a aluna Luiza Versiani Cintra Ferreira. Este formulário foi feito para ser respondido de forma voluntária, seus dados não serão divulgados.

lvcintraunb@gmail.com [Mudar de conta](#)

 Não compartilhado



Nome e Sobrenome

Sua resposta

Telefone para contato

Sua resposta

Idade

Sua resposta

Raça/Cor

- Preta
- Parda
- Branca
- Indígena
- Amarela



docs.google.com

<p><b>Estado Civil</b></p> <p><input type="radio"/> Solteira</p> <p><input type="radio"/> Casada</p> <p><input type="radio"/> Viúva</p> <p><input type="radio"/> União Estável</p> <p><input type="radio"/> Divorciada</p>	<p><b>Possui quantos filhos?</b></p> <p><input type="radio"/> 1</p> <p><input type="radio"/> 2</p> <p><input type="radio"/> 3</p> <p><input type="radio"/> 4</p> <p><input type="radio"/> 5 ou mais</p>
<p><b>Nível de escolaridade</b></p> <p><input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo</p> <p><input type="radio"/> Ensino Fundamental Incompleto</p> <p><input type="radio"/> Ensino Médio Completo</p> <p><input type="radio"/> Ensino Médio Incompleto</p> <p><input type="radio"/> Ensino Superior Completo</p> <p><input type="radio"/> Ensino Superior Incompleto</p> <p><input type="radio"/> Pós graduação, mestrado, doutorado</p>	<p><b>Quanto tempo vive na Vila do Boa?</b></p> <p><input type="radio"/> Até 11 meses</p> <p><input type="radio"/> 1-5 anos</p> <p><input type="radio"/> 6-10 anos</p> <p><input type="radio"/> 11-15 anos</p> <p><input type="radio"/> 16 ou mais</p>
<p><b>PADEMIA</b></p>	<p><b>PADEMIA</b></p>

docs.google.com

Você fez isolamento social?

Sim

Não

Parcialmente

Você teve COVID-19?

Sim

Não

Apresentei sintomas mas não fiz teste

Você se vacinou?

Sim, 1 dose

Sim, 2 doses

Sim, 3 doses ou mais

Não

docs.google.com

Se você teve COVID-19, como avaliaria o sistema de saúde?

Sua resposta \_\_\_\_\_

Quais são/foram os serviços de saúde que você acessou durante a pandemia?

UBS (Posto de Saúde)

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

Hospital

**CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA**

Você continuou trabalhando assim que foi decretado a pandemia?

Sim, normalmente

Sim, mas diminui a carga horária

Não

Não trabalho

docs.google.com

Qual transporte você utilizou para ir ao trabalho?

- Ônibus
- Carro
- Moto
- Uber
- Bicicleta

Você recebeu auxílio emergencial?

- Sim
- Não

**PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

**PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Você possui filhos nascidos antes da pandemia?

- Sim
- Não

Você engravidou durante a pandemia?

- Sim
- Não
- Já estava grávida quando a pandemia se iniciou
- Engravidei, porém perdi o bebê

Caso tenha engravidado durante a pandemia, teve rede de apoio? Como foi?

Sua resposta

Você fez acompanhamento de pré-natal durante sua gestação na pandemia? Se sim, por quanto tempo?

Sua resposta \_\_\_\_\_

Você teve parto normal ou cesárea?

- Normal
- Cesárea

Teve acompanhante durante o parto e o pós parto?

- Sim, apenas no parto
- Sim, apenas no pós parto
- Sim, nos dois
- Não, em nenhum momento

Você teve COVID-19 durante sua

Você teve COVID-19 durante sua gestação?

- Sim
- Não

Você tomou vacina da COVID-19? Qual? Apresentou reação?

Sua resposta \_\_\_\_\_

### SATISFAÇÃO COM SISTEMA DE SAÚDE

Você utilizou o sistema de saúde para se cuidar em algum momento da pandemia?

- Sim
- Não
- Outro: \_\_\_\_\_

Se sim, que tipo de atendimento foi prestado?

Sua resposta

Na sua opinião, quão satisfeita está com os serviços de saúde prestados durante a pandemia para garantir segurança e bem-estar das mulheres?

Bom

Razoável

Muito bom

Excelente

Ruim

Péssimo

Não utilizei os serviços de saúde

docs.google.com

Você participou de grupos presenciais ou virtuais de apoio à saúde da mulher durante a pandemia?

Sim

Não

Não tive conhecimento sobre

Você realizou algum tipo de consulta virtual relacionada à saúde da mulher?

Sim, em alguns momentos

Sim, a todo momento

Não tive conhecimento sobre

Não

Como você se protegeu na pandemia durante este período?

Sua resposta

Enviar

Limpar formulário

docs.google.com



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde  
Coletiva

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Diagnóstico dos impactos da pandemia de Covid-19 sobre a qualidade dos serviços de saúde para as usuárias de Morro Azul - São Sebastião-DF, no período de 2020-2022”. Sob a responsabilidade do pesquisador Rosamaria Giatti Carneiro.

O objetivo desta pesquisa é investigar o impacto da pandemia de COVID- 19 na assistência à gestação oferecida às mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Sebastião-DF, compreendendo a percepção das usuárias sobre a qualidade desses serviços durante esse período desafiador de crise de saúde pública. Além disso, busca-se identificar as principais queixas que influenciam as opiniões das mulheres sobre a assistência à gestação nesse contexto. Com a intenção de analisar quais os pontos e áreas de mais necessidades de melhorias em relação aos atendimentos de saúde diante da comunidade feminina.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista, em forma de diálogo com equipe capacitada a abordagem da temática, conforme data e horário acordados para a atividade. Com um tempo estimado de no mínimo 20 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados à possível geração de insegurança relacionada à temática, mas as informações coletadas serão mantidas em confidencialidade, como garantia da não identificação do participante. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo na identificação dos pontos de melhoria a saúde pública em relação a saúde da mulher, além de observar quais práticas de atendimentos que possam ser reajustadas ou modificadas para a comunidade em geral.

---

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília- UnB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Rosamaria Giatti Carneiro na Universidade de Brasília-UnB no telefone 61 9.8350-8666 disponível inclusive para ligação a cobrar. Informamos que o contato com o pesquisador pode ser feito a qualquer hora [rosacarneiro@unb.br](mailto:rosacarneiro@unb.br).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), outras informações podem ser conferidas no site <https://fs.unb.br/comite-de-etica-cep-fs/sobre-cep>. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

---

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

---

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável