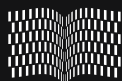


Aline Alves Veleda
Ana Paula Scheffer Schell da Silva
Perla Di Leone
(organizadoras)

C VID-19

**MULHERES E COVID-19:
reprodução, gestação, parto e puerpério**



Editora da
UFCSPA

MULHERES E COVID-19:
reprodução, gestação, parto e puerpério

**Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre**

Reitora

Lucia Campos Pellanda

Vice-reitora

Jenifer Saffi

**Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e
Assuntos Estudantis (PROEXT)**

Mônica Maria Celestina de Oliveira

EDITORA DA UFCSPA

Diretora

Ana Carolina da Costa e Fonseca

Vice-diretora

Ana Rachel Salgado

Conselho Editorial

Alberto Antônio Rasia Filho
Ana Carolina da Costa e Fonseca
Ana Luíza Pires de Freitas
Ana Rachel Salgado
Caroline Tozzi Reppold
Cláudia de Souza Libânio
Iago Gonçalves Ferreira
Márcia Vignoli-Silva
Paulo Guilherme Markus Lopes
Rodrigo de Oliveira Lemos

Revisão

Yuli Souza Carvalho

Revisão técnica

Claudia Giuliano Bica
Luciana Silveira Campos

Diagramação

Eduardo Coimbra Farias (ASCOM/UFCSPA)

Capa (arte original)

Sara Rodrigues

Aline Alves Veleda
Ana Paula Scheffer Schell da Silva
Perla Di Leone
(organizadoras)

MULHERES E COVID-19:
reprodução, gestação, parto e puerpério



Editora da
UFCSPA

Porto Alegre
2021

É permitida a reprodução sem fins lucrativos apenas do texto escrito desta obra, parcial ou total, desde que citada a fonte ou sítio da Internet onde pode ser encontrada (www.ufcspa.edu.br/vida-no-campus/editora-da-ufcspa).

O presente livro foi avaliado e recomendado para publicação por pareceristas e aprovado pelo Conselho Editorial da Editora da UFCSPA para publicação.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M956 Mulheres e Covid-19 : reprodução, gestação, parto e puerpério [recurso eletrônico] / organizadoras: Aline Alves Veleda, Ana Paula Scheffer Schell da Silva e Perla Di Leone. — Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2021.
Recurso on-line (162 p.)

(UFCSPA - Ciência, Humanidades e Covid-19)

Modo de acesso: <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obras-publicadas>
ISBN 978-65-87950-44-0

1. Epidemiologia. 2. Obstetrícia. 3. Covid-19. 4. Gravidez. 5. Parto. 6. Período pós-parto. 7. Administração dos cuidados ao paciente. I. Veleda, Aline Alves. II. Silva, Ana Paula Scheffer Schell da. III. Leone, Perla Di. IV. Série.

CDD 614.4
CDU 616-36.22

AUTORAS

Organizadoras

Aline Alves Veleda

Ana Paula Scheffer Schell da Silva

Perla Di Leone

Autoras

Aline Alves Veleda

Ana Paula Scheffer Schell da Silva

Caroline Engster da Silva

Débora Gomes da Rocha

Desireé do Rosário Diniz

Émilly Giacomelli Bragé

Giovana Loreto Nunes

Juliana Silva Gomes

Lahanna da Silva Ribeiro

Nathalia Bottega Banaletti

Perla Di Leone

Rafaela Silva Pereira

Thayná Fernandes Oliveira Silva

Em memória de todas as mulheres que, infelizmente, morreram pela Covid-19 no Brasil, país com os maiores índices de mortalidade materna devido à pandemia.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA COLEÇÃO UFCSPA – CIÊNCIA, HUMANIDADES E COVID-19

Lucia Campos Pellanda

11

APRESENTAÇÃO DAS ORGANIZADORAS

Aline Alves Veleda, Ana Paula Scheffer

Schell Da Silva, Perla Di Leone

15

COVID-19 NA GESTAÇÃO, NO PÓS-PARTO E NA AMAMENTAÇÃO: ORIENTAÇÕES CIENTÍFICAS PARA A PREVENÇÃO E O CUIDADO

Débora Gomes da Rocha, Émilly Giacomelli Bragé,

Lahanna da Silva Ribeiro, Nathalia Bottega Banaletti

21

DETERMINANTES SOCIAIS, DESIGUALDADES EM SAÚDE E UMA AGENDA INTERSECCIONAL PARA MULHERES DURANTE A PANDEMIA

Desiré do Rosário Diniz, Giovana Loreto Nunes,

Thayná Fernandes Oliveira Silva

73

DIREITOS DAS MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA: DESAFIOS AO CUIDADO HUMANIZADO

Caroline Engster da Silva, Juliana Silva Gomes,

Rafaela Silva Pereira

111

APRESENTAÇÃO DA COLEÇÃO UFCSPA - CIÊNCIA, HUMANIDADES E COVID-19

A UFCSPA, como única universidade federal especializada em saúde, vem assumindo protagonismo no combate à pandemia relacionada ao SARS-CoV-2, desde o seu início. Fomos a primeira universidade do Rio Grande do Sul a organizar atividades científicas para estudar a questão, já no início do ano letivo.

Uma grande parte da nossa comunidade universitária está envolvida no enfrentamento da pandemia, tanto na assistência em saúde nos locais de prática como em ações essenciais na própria Universidade. Direcionamos nossos recursos de forma intensiva para o enfrentamento dessa emergência de saúde pública.

São mais de 100 ações da comunidade da UFCSPA, incluindo: produção de álcool gel e de equipamentos de proteção; testagem de apoio ao LACEN e à Santa Casa; participação no Comitê Científico de enfrentamento à Pandemia Covid-19 (formado por pesquisadores das universidades gaúchas e autoridades científicas por solicitação do governo do Estado); participação em campanhas de vacinação para gripe; orientações telefônicas (Telessaúde); produção de material informativo através de textos, *cards* e vídeos para redes sociais com informações para a prevenção do contágio pelo SARS-CoV-2; ações de promoção do bem-estar e da saúde; fabricação digital para reposição de peças e componentes utilizados em hospitais para combate ao SARS-CoV-2; ações educativas, entre muitas outras, incluindo várias ações junto às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde. Em parceria com a UNIFESP, docentes da UFCSPA organizaram um curso on-line para profissionais de saúde que já teve milhares de participantes.

Em poucas semanas, foram desenvolvidos, a partir de um esforço concentrado dos nossos pesquisadores, projetos para compreender melhor a doença e buscar formas de prevenção e tratamento.

Considerando nossa missão de contribuir para a sociedade e buscar soluções que impactam a todos, surgiu a ideia de uma coleção especial da Editora da UFCSPA que pudesse

ampliar o alcance da intensa produção de conhecimento que vem acontecendo na Universidade e fora dela.

O nome da coleção, *Ciência, Humanidades e Covid-19*, reflete a amplitude e a diversidade de uma universidade da saúde. Consideramos que, tão importantes quanto os conhecimentos epidemiológicos, clínicos e básicos diretamente relacionados à Covid-19, as reflexões sobre educação, modos de vida, comportamentos e relações humanas, ética, artes e humanidades em geral contribuem de modo fundamental para entendermos o momento em que vivemos e como, a partir de agora, podemos construir uma sociedade que enfrente melhor situações críticas como uma pandemia.

Vivemos um grande desafio, para o qual ainda não temos todas as respostas. Mas sabemos que colaboração, empatia e mensagens claras para a população, sempre baseadas em conhecimento científico, trazem bons resultados.

Acreditamos que o investimento de longo prazo em Educação é um dos fatores mais importantes para que um país possa ter independência científica, leitura crítica da realidade e uma resposta altamente engajada em qualquer situação.

Que a coleção da Editora da UFCSPA possa contribuir para essa resposta!

Profª. Dra. Lucia Campos Pellanda
Reitora da UFCSPA

APRESENTAÇÃO DAS ORGANIZADORAS

Este livro tem origem no projeto de extensão “Trabalhando com as recomendações da OMS para a garantia de uma experiência positiva de parto em um hospital de ensino de Porto Alegre, RS” da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Trata-se de uma produção colaborativa entre docentes e discentes que trabalham na perspectiva da ciência com responsabilidade, ética e afeto, acreditando no compartilhamento de conhecimento científico e na relevância social das respostas da universidade pública frente aos contextos complexos de saúde e de vida em sociedade.

O projeto, que, anteriormente ao contexto pandêmico, tinha como objetivo principal colaborar com os profissionais

da equipe de saúde na inserção das recomendações da OMS para garantia de uma experiência positiva de parto em um Centro Obstétrico de um hospital de ensino de Porto Alegre, precisou adaptar-se rapidamente ao período de suspensão das atividades de extensão em virtude da pandemia da Covid-19. O susto inicial da equipe foi se transformando em força produtiva de trabalho, em ideias criativas de compartilhamento de informação científica e, mesmo com ações remotas, em maior entendimento de todas sobre a importância da educação em saúde da população.

Com o passar do tempo e o agravamento dos indicadores epidemiológicos no Brasil e no Rio Grande Sul, tornou-se urgente o olhar qualificado para os dados da pandemia entre as mulheres, não só aquelas com agravos pela Covid-19, mas, de forma singular, as gestantes e as puérperas. Este movimento reflexivo e acadêmico resultou na criação do perfil na rede social Instagram® chamado *@projetoartopositivo*, destinado a compartilhar as evidências científicas sobre gestação, parto e puerpério durante o período da pandemia, com público-alvo diverso, tanto de profissionais da saúde quanto da comunidade em geral.

No entanto, a pandemia também trouxe a necessidade de aprofundar algumas questões, trazendo à tona a necessidade do debate sobre os determinantes sociais e os direitos reprodutivos das mulheres. De acordo com as Nações Unidas (2020), o

aumento da pobreza extrema das mulheres durante a pandemia é preocupante, podendo chegar a números de mais de 47 milhões de mulheres e meninas atingindo a pobreza extrema, sem possibilidade de reversão dessa situação até 2030. Quando pensamos nisso, obviamente relacionamos com o contexto de ataques aos direitos das mulheres, fator bastante comum em momentos de crise mundial.

Assim, este é o contexto de reflexão deste livro. Foram pouco mais de dois meses entre escrita e revisões, período em que este grupo de discentes e professoras acompanhou criticamente as notícias que envolveram a saúde das mulheres, bem como a morte de mais de 150 mil pessoas no país pela Covid-19. Definiu-se como público-alvo dessa publicação não apenas acadêmicos e profissionais de saúde, mas, em especial, o público leigo, extramuros da universidade, mulheres, famílias e interessados, buscando utilizar-se de linguagem acessível, que possibilitasse o entendimento e a compreensão sobre o que a ciência vem trabalhando em relação a essa temática. O objetivo é ser uma fonte segura de acesso ao conhecimento científico no que diz respeito à vivência das mulheres no contexto da pandemia.

O capítulo 1, *Covid-19 na gestação, no pós-parto e na amamentação: orientações científicas para a prevenção e o cuidado*, aborda as evidências sobre os riscos da exposição de gestantes e puérperas à Covid-19. Salienta-se que são as evidências

disponíveis até o momento da publicação deste livro, já que a produção científica frente à pandemia está sendo atualizada diariamente, e inclusões frequentes são necessárias nesse contexto. Além disso, incluímos brevemente o que se tem disponível sobre a vacinação em gestantes e lactantes, mas sabemos que novas notícias sobre isso chegarão em breve.

O capítulo 2, *Determinantes sociais, desigualdades em saúde e uma agenda interseccional para as mulheres durante a pandemia*, reflete como os aspectos socioculturais pré-existentes de mulheres gestantes, parturientes e puérperas as tornam mais vulneráveis a este momento de pandemia da Covid-19. Também traz, para o entendimento social, uma proposta de agenda interseccional que corrobore a inclusão dos determinantes sociais como fatores de impacto expressivo no contexto das mulheres que vivem a pandemia.

O capítulo 3, *Direitos das mulheres e das famílias em tempos de pandemia: desafios ao cuidado humanizado*, retoma os direitos reprodutivos e sociais das mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, informando sobre a garantia de atendimento qualificado, os direitos a serem defendidos e as estratégias frente à violência de gênero, em especial durante a pandemia da Covid-19.

Por fim, as organizadoras esclarecem que se trata de um livro que une ciência, responsabilidade e afeto, numa perspectiva solidária e ética de compartilhamento de informação qualificada

a todas e todos que necessitem e se interessem pela temática. Não pretendemos ser um manual ou uma cartilha, mas sim uma referência crítico-reflexiva, que aborde contextos práticos sobre a vida das mulheres e a Covid-19. Esperamos que este livro possa auxiliar todos e todas a tomarem decisões informadas durante o período de gestação, de parto e de puerpério, bem como sobre seus direitos sexuais e reprodutivos durante a pandemia e durante todas suas vidas.

Janeiro de 2021

COVID-19 NA GESTAÇÃO, NO PÓS-PARTO E NA AMAMENTAÇÃO: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA A PREVENÇÃO E O CUIDADO

Débora Gomes da Rocha

Émilly Giacomelli Bragé

Lahanna da Silva Ribeiro

Nathalia Bottega Banaletti

A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, também conhecido como “novo coronavírus”, tem gerado significativas alterações em nossa sociedade devido à necessidade de distanciamento social e a incertezas quanto às especificidades

desse vírus, que vem sendo estudado incansavelmente por cientistas do mundo inteiro.¹ Fatores como a forma de transmissão, os sinais e os sintomas clínicos, as maneiras de prevenir o contágio e quais as populações de maior risco para agravos são conhecimentos importantes para toda a sociedade, visto que todos somos atingidos de alguma forma pela pandemia em curso.²

A gestação e o período pós-parto trazem grandes desafios às mulheres e a suas famílias, que acabam se organizando para receber mais um membro, dependente de cuidados e de atenção integral. A pandemia muda o rumo dessas vivências ao expor a necessidade de distanciamento social e os riscos à saúde da mãe do bebê.³

Este capítulo abordará, de forma objetiva, evidências científicas sobre os riscos da exposição à Covid-19 em mulheres gestantes e que recém se tornaram mães, abordando os períodos da gestação, do parto e da amamentação durante a pandemia. As explicações para o risco elevado em mulheres gestantes e puérperas podem incluir imunodeficiência (imunidade baixa) devido às adaptações do corpo à gestação, bem como resposta orgânica (resposta do organismo) à infecção por vírus.⁴

A gestação é um período de grandes mudanças fisiológicas para as mulheres, e o acompanhamento pré-natal busca a manutenção de sua saúde física e emocional, visando a uma experiência positiva de parto, além de ao nascimento de

um bebê saudável.⁵ Doenças virais e pandemias trazem risco ao bem-estar dessa população de mulheres e bebês, a exemplo do que já ocorreu devido a doenças como a rubéola e o zika vírus,⁶ portanto, devemos lançar um olhar atento sobre as complicações que a Covid-19 pode acarretar.

GESTAÇÃO: CONCEITOS, DEFINIÇÕES, ASPECTOS FISIOLÓGICOS

A gestação é compreendida como um fenômeno fisiológico, advindo da fecundação do óvulo pelo espermatozoide, que ocorre sem complicações, na maioria das vezes, sendo classificada pelos profissionais que a acompanham como gestação de risco habitual – a expressão usada anteriormente era “gestação de baixo risco”. De acordo com Organização Mundial de Saúde, o percentual de evolução para alto risco em uma gestação é de 15 a 25%, ou seja, a maioria das experiências não apresentam complicações e seguem um curso saudável. Quando ocorre agravos durante o período gravídico, classificam-se as gestações como sendo de alto risco, realizando-se, assim, avaliações mais acuradas e frequentes durante o ciclo.⁵ Sua duração é variável, mas o período estimado como seguro para o nascimento sem complicações graves, principalmente para o recém-nascido, é

entre 38 e 41 semanas, nas quais as gestações são consideradas a termo.⁷

Durante esse período de intensas mudanças físicas e emocionais, um acompanhamento interprofissional busca propiciar experiências de gestação, de parto e de nascimento positivas e seguras.⁸ Para tal, o acesso ao pré-natal é estabelecido como um direito da gestante desde o primeiro trimestre da gravidez, permitindo a realização de exames diagnósticos dos principais agravos compreendidos nessa fase, além do enfoque na preparação para o parto, sanando dúvidas e estabelecendo um vínculo de confiança importante para o seguimento dos cuidados da díade mulher-bebê.^{9,10}

Durante o final da gestação, surgem alterações fisiológicas como contrações irregulares, perda do tampão mucoso e amadurecimento do colo uterino – compreendido pelo amolecimento e pelo apagamento (afinamento) cervical. O trabalho de parto inicia quando há presença de contrações uterinas em intervalos regulares, geralmente de duas a três a cada dez minutos, durando entre 20 e 60 segundos, as quais se tornam progressivamente mais duradouras e frequentes com o avançar do processo. O nascimento ocorre após a dilatação do colo do útero estar completa, atingindo 10 centímetros, atuando conjuntamente às contrações efetivas e aos puxos (vontade de empurrar sentida e guiada pela mulher parturiente).¹¹

O período gestacional pode causar ansiedade nas mulheres em função de preocupações com o desenvolvimento saudável do bebê, com o momento do parto e com questões sociais – tais como dificuldades da maternidade solo, desemprego, falta de saneamento básico, uma realidade com muitos filhos, entre outras situações complexas –, sendo necessário, por parte das equipes de saúde, amparar as mulheres e suas preocupações durante o pré-natal, a fim de tornar a experiência de gestar menos desgastante emocionalmente. Sabe-se, também, que o puerpério se destaca como um grande desafio, sendo comum o estado de tristeza, humor deprimido e a fadiga durante a primeira semana pós-parto. Para tais circunstâncias, o apoio familiar, dos amigos e da comunidade que a cerca, além de da equipe de saúde, são primordiais para tornar a experiência da maternidade positiva.^{8,12}

BREVE PANORAMA SOBRE A COVID-19

Os primeiros casos da Covid-19 ocorreram em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, após o surgimento de diversos casos de pneumonia com causa desconhecida. Constatou-se, em janeiro de 2020, que a doença era causada por um novo tipo de coronavírus, o SARS-CoV-2, que logo se espalhou para diversos países.¹³ Há seis espécies conhecidas

de coronavírus que causam doenças em humanos: quatro delas ocasionam sintomas comuns de gripe; e as outras duas espécies, sendo uma delas a SARS-CoV, provocam síndrome respiratória aguda grave com taxas elevadas de mortalidade.¹⁴

A transmissão do SARS-CoV-2 foi inicialmente associada ao consumo de frutos do mar. Entretanto, após episódios de contaminações não associadas ao consumo de frutos do mar, foi identificada a transmissão comunitária.¹⁵ Nesse sentido, são necessárias medidas de higiene das mãos e de objetos, bem como a prática do isolamento e do distanciamento social.¹⁶ O vírus atinge principalmente o sistema respiratório, podendo resultar em uma rápida progressão para pneumonia, além de síndrome do desconforto respiratório agudo, falência respiratória, falência de múltiplos órgãos e morte.¹⁷

Os principais sinais e sintomas apresentados pelos indivíduos acometidos pela doença são febre, tosse, fadiga, dor de garganta e dificuldade para respirar.¹⁸ Em relação ao risco para desenvolver quadros graves da Covid-19, os idosos e as pessoas com doenças crônicas – como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e respiratórias – estão em maior risco quando comparados a pacientes sem doenças prévias.^{18,19}

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou estado de emergência na saúde pública mundial e, em 11 de março, declarou a Covid-19 como uma pandemia, com 118.319 casos confirmados e 4.292 mortes

no mundo.^{20,21} No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado em São Paulo no dia 26 de fevereiro: um homem de 61 anos com histórico de viagem para Itália, região da Lombardia.²²

Já foram confirmados milhões de casos de Covid-19 no mundo. Os Estados Unidos foram o país com o maior número de casos, seguido por Índia, Brasil, Rússia e Reino Unido. Em relação aos óbitos, foram confirmados 4,33 milhões no mundo, sendo os Estados Unidos o país com maior número absoluto de óbitos.²³ Em virtude da frequente novidade e da transmissibilidade, esses dados estão sempre se alterando, qualificando essa pandemia como um dos maiores desafios já vividos pela humanidade.

BREVE PANORAMA SOBRE A COVID-19 E O PERÍODO GESTACIONAL

O Ministério da Saúde incluiu, no grupo de risco, mulheres grávidas em qualquer idade gestacional e puérperas de até duas semanas após o parto – inclusive as que sofreram aborto e perda fetal –,²⁴ porém, ainda estão sendo desenvolvidas pesquisas para melhor entendimento da relação entre gestação e a Covid-19.²

Até a finalização deste manuscrito, a taxa de mortalidade na população obstétrica brasileira era de 12,7%, superior às

relatadas na literatura e notavelmente maior que os casos identificados no período pós-parto, refletindo o momento de início dos sintomas de Covid-19.^{26,27} Em 2021, até a semana epidemiológica 22, dos 969.438 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizados, 8.643 (0,9%) eram gestantes. Do total de gestantes hospitalizadas, 5.672 (65,6%) foram confirmadas para Covid-19. Desses casos, 688 (8,0%) evoluíram para óbito. Dentre os óbitos por SRAG em gestantes, a faixa etária com o maior número de óbitos notificados é a de 30 a 39 anos de idade, e a raça/cor parda é a mais frequente.²³

É importante frisar que outros coronavírus, causadores da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) e da síndrome respiratória grave (SARS), que ocasionaram epidemias na China em 2002-2003 e no Oriente Médio em 2012, demonstraram ter capacidade de causar graves complicações durante a gravidez, podendo prejudicar o desenvolvimento fetal e aumentar a morbimortalidade materna e perinatal (intervalo que compreende da 20^a semana de vida intrauterina até o 28^o dia após o nascimento).²⁸

Todas as gestantes, saudáveis, confirmadas para Covid-19 ou com suspeita, possuem direito a cuidados pré-natal, neonatal, pós-natal e mental de alta qualidade antes, durante e depois do parto.^{25,28}

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DISPONÍVEIS SOBRE A COVID-19 E O PERÍODO GESTACIONAL E PUERPERAL

1. SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Em mulheres gestantes, os sintomas mais comuns são os leves ou moderados, apresentando, em apenas 5% dos casos, quadros de pneumonia grave, o que mantém os riscos de morte materna nos mesmos níveis da população em geral.²⁹ Dessa forma, são os sinais e os sintomas clínicos mais comuns que podem ser apresentados por mulheres durante o período gravídico-puerperal que possam levar a uma suspeita de infecção por SARS-CoV-2.³⁰

- tosse seca;
- cansaço;
- febre;
- dores e desconfortos;
- dor de garganta;
- diarreia;
- conjuntivite;
- dor de cabeça;
- perda de paladar ou olfato;

- erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés.

São considerados sintomas graves e que podem levar à internação ou à necessidade de cuidados de maior urgência: dificuldade de respirar ou falta de ar; dor ou pressão no peito; e perda de fala ou de movimento.

Até o momento, não há tratamento específico para a Covid-19.

2. PROTEÇÃO E PREVENÇÃO

As mulheres grávidas devem ter os mesmos cuidados e precauções para evitar a Covid-19 que a população em geral,²⁸ sendo eles:

- Lavar as mãos com água e sabão. Na ausência desses, utilizar álcool em gel 70%.
- Manter distanciamento de no mínimo dois metros das outras pessoas.

- Utilizar máscara. Para gestantes, não é aconselhada a máscara de pano, mas sim as máscaras cirúrgicas ou as do tipo PFF2.
- Praticar etiqueta respiratória, ou seja, cobrir a boca e o nariz com a parte de dentro do cotovelo ou com lenço ao espirrar/tossir. Se utilizado lenço, jogá-lo fora em recipiente adequado imediatamente após o uso.
- Se estiver com sintomas de Covid-19, telefonar para a unidade de saúde (US), seguir as instruções das autoridades sanitárias da sua cidade e, caso necessário, ir até a US.
- Continuar com a rotina de acompanhamento médico, mesmo que infectadas (tanto gestantes quanto puérperas).
- Evitar tocar mucosas (olhos, nariz, boca) se não estiver com as mãos higienizadas.

3. EVIDÊNCIAS E INFORMAÇÕES SOBRE O USO DE MÁSCARAS

É recomendado que as grávidas utilizem máscaras sempre que necessitarem sair de casa, inclusive durante a amamentação, além de terem cuidado redobrado ao tocar na criança, e estejam sempre com as mãos devidamente higienizadas. Para mulheres gestantes, não é indicada a utilização de máscaras de pano, mesmo que com tecidos duplos ou triplos. O tipo de máscara indicada são as cirúrgicas.

A seguir, indicamos um passo a passo para utilização e manuseio da máscara com segurança:

- Higienize as mãos com água e sabão ou com álcool em gel 70% antes de manusear a máscara.
- Verifique se a máscara não está rasgada ou com buracos.
- Segure a máscara pelas alças.
- Coloque a máscara pelos elásticos, não tocando na parte interna.
- Prenda a máscara atrás das orelhas.

- Cubra o queixo, o nariz e a boca com a máscara, deixando-a justa no rosto, sem espaços nas laterais.
- Não toque na parte da frente da máscara e não a remova para falar.
- Utilize a máscara cirúrgica por no máximo quatro horas ou até ficar úmida, depois esta precisa ser trocada, pois não fornecerá mais a mesma proteção.
- Retire a máscara pelas alças por trás das orelhas após utilizá-la, mantendo-a afastada do rosto e das roupas.
- Evite tocar as superfícies potencialmente contaminadas da máscara: parte da frente, na altura da boca ou do nariz.
- Descarte a máscara cirúrgica em uma lixeira com tampa imediatamente após seu uso ou coloque-a dentro de uma sacola de papel ou plástico até encontrar um lugar para descartá-la adequadamente.
- Higienize as mãos com água e sabão ou com álcool em gel 70% após descartar a máscara.

A máscara só deve ser utilizada em crianças com idade superior a dois anos, pois, antes desse período, pode causar sufocamento. Portanto, o uso não é indicado para os recém-nascidos em nenhum momento.^{31,32}

4. EVIDÊNCIAS E INFORMAÇÕES SOBRE A TRANSMISSÃO VERTICAL

Transmissão vertical é quando uma infecção ou doença passa da mãe para o seu feto no útero ou para o recém-nascido durante o parto. As principais vias de contágio são a gestação em si, o parto e a amamentação.

Não existe, até o momento, evidências de transmissão do coronavírus pelo leite humano ou durante o parto vaginal, portanto, pode-se incentivar as gestantes às duas práticas livremente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica a necessidade de uma operação cesariana apenas quando clinicamente justificado, como em casos de gestantes portadoras do coronavírus no último trimestre de gestação, com sintomas graves ou críticos e/ou chance de mortalidade da mãe e do bebê.²⁸

Uma equipe de médicos da França relatou, em 14 de julho de 2020, em estudo publicado na revista *Nature Communications*, o primeiro caso confirmado de transmissão

intrauterina. O estudo apresentou o caso de uma mulher de 20 anos que realizou cesárea, sendo coletadas amostras dos locais onde o vírus poderia estar, e a carga mais alta foi encontrada na placenta. Eles citam que a transmissão da mãe para o feto pode ocorrer por meio da placenta nas últimas semanas de gestação, e o vírus chega até o bebê pelo cordão umbilical.³³ Um dia após o nascimento, o recém-nascido em questão apresentou sintomas graves, incluindo rigidez dos membros e danos no sistema nervoso central. Felizmente, esses sintomas desapareceram sem a necessidade de qualquer tratamento ou intervenção.³³

É importante frisar que esse foi um caso isolado, e que são necessárias mais pesquisas para compreender o caso. Até o momento, essa é uma contaminação muito rara e sem muitos dados.

5. EVIDÊNCIAS E INFORMAÇÕES SOBRE A TRANSMISSÃO POR CORDÃO UMBILICAL

Não existem estudos, até o presente momento, que demonstrem transmissão pelo cordão umbilical. Dessa forma, segue a orientação de realizar o clampeamento oportuno/tardio do cordão umbilical, ou seja, aguardar de um a três minutos para realizar clampeamento (corte), já que não há risco aumentado

de transmissão vertical.²⁸ A prática do clampeamento tardio do cordão possibilita o contato pele a pele da mulher com o bebê logo após o nascimento.

O clampeamento tardio do cordão umbilical aumenta o volume sanguíneo do recém-nascido, prevenindo a deficiência de ferro e a anemia durante a infância. Sabe-se que 50% dos lactentes em países subdesenvolvidos serão anêmicos após o primeiro ano de vida.³⁴ Em prematuros (nascidos < 37 semanas), o clampeamento tardio do cordão, além de aumentar as reservas de ferro, diminui o risco de hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e sepse infantil.³⁵

6. EVIDÊNCIAS E INFORMAÇÕES SOBRE A TRANSMISSÃO POR CONTATO PELE A PELE

O contato pele a pele consiste em deixar o recém-nascido nu em contato direto com a pele da mãe, sem nenhum tipo de intermediário. Há inúmeros benefícios provenientes dessa prática, como a construção do vínculo mãe-bebê, auxílio na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e da respiração da criança. Além de manter o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe, também auxilia no desenvolvimento psíquico, motor e emocional do recém-nascido, bem como na recuperação da puérpera.^{36,37}

Para a realização do contato pele a pele, há duas possibilidades:²⁴

a) Mulheres assintomáticas (sem sintomas) que NÃO tenham contato em casa com alguém gripado ou com infecção respiratória confirmada por Covid-19: orienta-se que seja feito o clampeamento tardio do cordão umbilical, realizando o contato pele a pele e o aleitamento materno na 1ª hora de vida.

b) Mulheres sintomáticas (com sintomas) ou que tenham tido contato em casa com alguém gripado ou com infecção respiratória confirmada por Covid-19: o contato pele a pele com a mãe deve ser suspenso, pois há estudos que demonstraram a presença do RNA da SARS-CoV-2 em amostras de sangue, urina e fezes.²⁴ A amamentação deve ser mantida e os cuidados de higiene intensificados.

Se o recém-nascido for assintomático, deve ser mantido no alojamento junto à mãe, mesmo esta tendo diagnóstico suspeito ou positivo de coronavírus. É importante que sejam respeitadas as medidas de isolamento para a mulher e o bebê e que a amamentação seja garantida. Não é indicado realizar triagem laboratorial para investigar a presença do vírus.²⁸

7. EVIDÊNCIAS E INFORMAÇÕES SOBRE O PERÍODO PUERPERAL/PÓS- PARTO DURANTE A PANDEMIA

O puerpério é compreendido como uma fase de intensas mudanças físicas, hormonais e emocionais para a mulher-mãe que está retornando biologicamente ao estado pré-gravídico, bem como de alterações no funcionamento familiar que está em adaptação com a chegada do recém-nascido. Entende-se que, enquanto há a manutenção do aleitamento materno e alterações no ciclo menstrual, esse período prevalece, sendo classificado como puerpério. No entanto, não há consenso sobre a duração máxima que esse período pode ter.⁸

Durante a gestação e o puerpério, a mulher está predisposta a ter agravamentos de possíveis quadros infecciosos, inclusive os respiratórios, devido às alterações corporais que ocorrem durante a gestação, e é preciso um olhar profissional atento para o risco de contaminação pelo SARS-CoV-2. Estudos mais acurados sobre a efetiva gravidade da infecção pela Covid-19 na saúde materno-infantil ainda estão em curso, mas o Ministério da Saúde salienta que há maior risco de desfechos desfavoráveis, como internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e morte no pós-parto, para as mulheres infectadas, podendo ter um rápido descompensamento pós-parto dos parâmetros laboratoriais e radiológicos.³⁸

Uma vez que o avanço da pandemia evidencia o Brasil, até o início do segundo semestre de 2020, como o atual epicentro mundial, nota-se que as puérperas se tornaram um grupo mais atingido em comparação ao cenário inicial, no qual essas mulheres não estavam ligadas a maiores índices de desfechos desfavoráveis. Entre fevereiro e maio de 2020, 36 mortes maternas foram confirmadas no Brasil, somando, até então, um número maior que o dos Estados Unidos (31 confirmadas entre janeiro e julho). Ressalta-se que há discordância entre os dados apresentados pelo Ministério da Saúde – o único boletim que apresentou o número de mortes maternas foi o anteriormente citado – e o de um estudo publicado em julho, que pontua 124 mortes maternas até junho de 2020.²⁶ O Brasil apresenta uma taxa maior de óbitos de mulheres no período gravídico-puerperal do que todos os demais países do mundo somados.²⁶

Motivado por esse cenário agravado, no mês de abril de 2020, o Ministério da Saúde incluiu as puérperas e as mulheres que tiveram aborto ou perda fetal – com até duas semanas pós-parto – no grupo de risco para a Covid-19.³⁹ O recomendado pela nota técnica nº 13/2020, publicada em maio de 2020, é a testagem diagnóstica para as mulheres parturientes com suspeita clínica durante a internação hospitalar. Entretanto, salienta-se que, em uma série de casos em que foi realizado o rastreio de Covid-19 em todas as gestantes ao serem internadas no hospital, um terço das que tiveram o diagnóstico confirmado

não apresentava nenhum sintoma, e o único que surgiu durante o período na instituição de saúde foi febre.⁴⁰

A monitoração dos sinais vitais e a observação de mudanças no quadro geral de saúde das puérperas devem ser rigorosas, visto que – mesmo se assintomáticas – o agravamento dos sintomas referentes à infecção pelo novo coronavírus é evidenciado. Uma vez que não há testagem de rotina para todas as mulheres gestantes internadas, essa monitoração pode diminuir a ocorrência de desfechos desfavoráveis.⁴¹

Não há necessidade de internação hospitalar prolongada para as mulheres com diagnóstico positivo para a Covid-19 após o parto ou a cesariana, se estas estiverem clinicamente estáveis e assintomáticas. Caso a mulher e o bebê estejam saudáveis, considera-se mais prudente acelerar a alta, a fim de limitar o risco de exposição inadvertida e de infecção.⁴² A alta precoce pode ser realizada a partir de 24 horas após o parto vaginal ou 48h após o parto por cesariana se o quadro de saúde permanecer sem agravos.⁴³

Antes da alta hospitalar, a mulher puérpera com suspeita ou com confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 deve receber informações referentes aos cuidados em relação ao uso de máscaras, ao distanciamento social e aos sinais e aos sintomas de Covid-19. É necessário um intenso trabalho de educação em saúde por parte dos profissionais, devendo estender essas orientações aos familiares, objetivando evitar a propagação do vírus para a família e a comunidade que a cerca, além de

proteger o recém-nascido que pode não ter sido contaminado. Se a mulher e a família vivenciam comorbidades ou situação de vulnerabilidade, deve-se entrar em contato diretamente com a unidade básica de saúde referente à sua região, sendo o contato preferencialmente realizado pelos profissionais da instituição onde ocorreu o nascimento do bebê antes da alta. O contato por telefone (intervalos não maiores de 48 horas) com as unidades de saúde e os profissionais são estratégias possíveis para a atenção a essas puérperas.

O acompanhamento puerperal e a puericultura, na atenção básica ou na rede privada, devem ser mantidos durante o período de pandemia. Deve-se estabelecer prioridade de agendamentos e de atendimentos para as crianças que estão em médio e alto risco de comorbidades e vulnerabilidades. Independentemente de terem sido expostos ou não ao SARS-CoV-2, a imunização dos bebês e das crianças deve ter continuidade, mantendo o calendário vacinal dessa população em dia.² Salienta-se que as taxas de aleitamento materno exclusivo registradas em recém-nascidos filhos de mulheres com Covid-19 foram consideravelmente baixas, o que pode estar identificando uma falta de informação das mulheres e das famílias sobre os riscos e os benefícios, exigindo dos profissionais da saúde apoio e acolhimento dessa demanda.⁴⁴

Reitera-se a necessidade de novos estudos para o entendimento do motivo do agravamento das puérperas

positivas para o novo coronavírus no Brasil em comparação com o restante dos países com menores taxas de mortalidade. Os dados preliminares confirmam a urgência de uma prevenção ainda mais efetiva para mulheres vivenciando o ciclo gravídico- puerperal, evitando, assim, mortes nessa população. Salienta-se que, em nosso país, a vulnerabilidade social e a presença marcante de comorbidades durante a gestação podem elevar o risco de morbimortalidade puerperal.⁴⁵

8. EVIDÊNCIAS E INFORMAÇÕES SOBRE A CONTRACEPÇÃO E CUIDADOS DURANTE A PANDEMIA

O acesso a métodos contraceptivos tem sido pauta da luta das mulheres há muitos anos. Durante a pandemia da Covid-19, esse direito vem sendo atacado e reprimido em diversos países, visto que os serviços de saúde estão restritos e voltados ao atendimento da Covid-19, gerando dificuldades para atender as demandas da saúde das mulheres. Nesse sentido, o Ministério da Saúde reforça e recomenda o fortalecimento e a manutenção dos serviços de saúde reprodutiva durante a pandemia.¹

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) prevê que 47 milhões de mulheres em 114 países de média e baixa renda possam ter dificuldades para acessar os métodos

contraceptivos modernos, e, a cada três meses de isolamento, esse número cresce em dois milhões. Além disso, estima-se que sete milhões de gestações não intencionais ocorram caso o distanciamento social perdure. Esses números sugerem um cenário de interferência direta na garantia dos direitos das mulheres, provocando a descontinuidade do cuidado dessa população, bem como intensificando a desigualdade de gênero na sociedade. Além disso, gestações não planejadas podem ocorrer, e a morbimortalidade pode aumentar.^{1,46}

Diversos entraves agravam as desigualdades sociais e impedem que as mulheres usufruam de seus direitos reprodutivos no período da pandemia. Em diversos países, os serviços de saúde estão fechados, com atendimento limitado ou sobrecarregados com casos de Covid-19. Além disso, muitas mulheres acabam não comparecendo aos serviços de saúde com receio de serem infectadas pelo vírus.⁴⁷ Entretanto, é fundamental que o planejamento reprodutivo seja garantido, especialmente neste período, já que não está sendo indicada a geração de uma nova gestação devido à informação escassa sobre os efeitos do vírus SARS-CoV-2 quando se refere à transmissão vertical. Recomenda-se que as mulheres continuem buscando seus serviços de referência para manter o acompanhamento e para prevenir agravos à sua saúde.⁴¹

Destaca-se que todos os métodos contraceptivos são seguros para serem utilizados neste período. Caso a mulher

não tenha acesso ao seu contraceptivo de preferência – por falta de receita médica ou pela necessidade de o medicamento ser aplicado por um profissional –, recomenda-se a adoção de métodos que não exijam prescrição, como preservativos (feminino e masculino), espermicidas e diafragma.⁴⁸

Reitera-se que o acesso a métodos contraceptivos e ao planejamento familiar é um direito garantido por meio de políticas públicas e deve ser mantido em todas as situações,⁴⁹ inclusive em períodos de pandemia. Para isso, é necessário que medidas governamentais sejam implementadas para dar continuidade a esses direitos e para impedir que as mulheres fiquem desassistidas.⁴¹

9. EVIDÊNCIAS E ORIENTAÇÕES SOBRE AMAMENTAÇÃO E COVID-19

A amamentação é um aspecto relevante a ser estudado durante a pandemia, já que surgem diversas dúvidas sobre os riscos e a possibilidade da manutenção do aleitamento materno quando a mulher está com suspeita/confirmação de Covid-19 ou não tem a oportunidade de realizar o distanciamento social.

Até o momento, não há evidências científicas suficientes que comprovem a transmissão do vírus SARS-CoV-2 pelo leite materno. Inclusive, a OMS recomenda que a amamentação

seja iniciada e/ou mantida em mulheres que possuem suspeita/ confirmação da doença e reforça que os benefícios do aleitamento superam os possíveis riscos de contaminação.⁵⁰ Além disso, para mulheres que não estão infectadas, porém residem em regiões onde a transmissão do vírus é comunitária, mantêm-se a recomendação de permanecer realizando o aleitamento, seja por meio da amamentação ou da extração do leite materno. O uso de fórmulas infantis não é indicado e não se apresenta mais seguro do que a amamentação em casos de mulheres com suspeita/confirmação de Covid-19.⁵¹

É importante destacar a necessidade de adoção de medidas de prevenção durante o aleitamento. A mulher que amamenta ou que extrai o leite deve lavar as mãos e/ou usar álcool em gel 70% antes de entrar em contato com o bebê, usar máscara, evitar espirrar ou tossir durante as mamadas, higienizar as superfícies com frequência, bem como, se possível, preferir que ambos permaneçam em quarto privativo, mantendo distância de um metro entre o berço e a cama da mãe.⁴¹ Caso não possuam acesso a álcool em gel 70%, a lavagem das mãos pode ser realizada com água e sabão neutro. Caso a mulher não queira amamentar durante a pandemia, sugere-se que seja realizada a extração manual ou com bomba de leite materno. A amamentação cruzada, que é quando uma mulher amamenta o filho de outra mulher, é contraindicada em todas as situações, inclusive durante a pandemia de Covid-19.⁵¹

Já se reconhece a importância da manutenção da amamentação em mulheres com suspeita ou com confirmação de Covid-19. Além disso, verifica-se a presença de anticorpos do SARS-CoV-2 nas amostras de leite, indicando um fator de proteção da criança contra a doença. As pesquisas destacam a necessidade das medidas de higiene para reduzir os níveis de transmissão do vírus respiratório, tais como as citadas anteriormente.^{53,54} Além disso, se as mulheres estiverem muito doentes para amamentar, é importante que os profissionais de saúde das unidades de referência as apoiem na extração do leite, orientando familiares e acompanhantes saudáveis sobre a alimentação da criança. Essas diretrizes precisam ser incorporadas às informações e aos protocolos assistenciais.⁵⁵

Cabe ressaltar que, até o momento, os medicamentos indicados para o tratamento de Covid-19 são compatíveis com a amamentação, ou seja, não há necessidade de interrupção do aleitamento. Obviamente é preciso que ocorra a atualização constante sobre esse tema, já que são numerosos os tratamentos envolvidos, e medicações novas são incorporadas constantemente aos protocolos assistenciais.⁵⁶

Apesar de as evidências serem limitadas, a recomendação de todos os *guidelines* (manuais) disponíveis atualmente é de manutenção do aleitamento, tendo em vista que o leite humano é o melhor alimento para os bebês, sendo fundamental para o seu desenvolvimento, sobrepondo-se ao

risco de contaminação vertical.⁵⁷ Diante disso, é importante que medidas sejam tomadas e redes de apoio sejam fortalecidas para possibilitar que a mulher consiga oferecer o leite materno à criança.⁵⁸

10. RECOMENDAÇÕES PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 EM GESTANTES E LACTANTES

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem três vacinas contra a Covid-19 que já tiveram o uso emergencial autorizado por algumas autoridades reguladoras nacionais, com estudos de resultado e de eficácia publicados e revisados. É necessário que haja uma série de revisões independentes da evidência de eficácia e de segurança, incluindo uma revisão regulatória e a aprovação no país onde a vacina é fabricada e onde ela será utilizada.⁶¹

Até o momento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou e liberou para uso emergencial em todo território nacional as seguintes vacinas: Laboratório Sinovac/Butantan (Coronovac); Janssen Farmacêutica; Laboratório Pfizer; Laboratório Serum (COVISHIELD); e Laboratório AstraZeneca/Oxford/Fiocruz. No entanto, a vacina do Laboratório Serum ainda não se encontra disponível

no Brasil; por isso, ela não é ainda citada nos informes técnicos do Ministério da Saúde.

Os objetivos da vacinação, neste momento, são a redução da morbimortalidade causada pelo coronavírus, a proteção dos profissionais de saúde, a manutenção e o funcionamento dos serviços essenciais. Portanto, em um primeiro momento, não foram incluídas as mulheres gestantes e lactantes como pertencentes aos grupos prioritários para a vacinação, fazendo parte da população em geral, o que já mudou na realidade brasileira.⁶²

No entanto, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) emitiu uma recomendação referente à imunização de gestantes e lactantes com as vacinas Coronavac e Laboratório Serum.⁶³ Destacamos aqui as principais recomendações para essa população:

- Não foram avaliadas a segurança e a eficácia em gestantes e em mulheres que amamentam, somente os estudos em animais não demonstraram riscos. Isso quer dizer que não foram feitos estudos com mulheres grávidas e lactantes que utilizassem a vacina, o que por sinal é um cuidado ético importante nas pesquisas com seres humanos. Mesmo assim, os estudos conduzidos em animais gestantes ou que amamentam seus filhotes não mostraram riscos para esses indivíduos.

- Toda gestante ou lactante precisa receber informações sobre riscos e benefícios da vacinação, para poder decidir com responsabilidade se deseja se imunizar ou não. Recomenda-se que sejam informados os dados de eficácia e segurança, bem como uma avaliação dos riscos da potencial contaminação do vírus na comunidade e a potencial gravidade da doença materna, incluindo seus efeitos no feto e no recém-nascido.
- A decisão deve ser compartilhada entre profissional da saúde e gestante ou lactante, sempre baseada nas melhores evidências disponíveis. A decisão pela não vacinação deve ser respeitada e apoiada, seguida de orientações sobre medidas de prevenção (uso de máscara, higienização frequente das mãos e manutenção de distanciamento social).

Cabe ressaltar que a Coronavac é uma vacina que utiliza tecnologia conhecida e usada em outras vacinas que já fazem parte do calendário das gestantes, como as vacinas do tétano, da coqueluche e da influenza, o que pode nos fazer refletir melhor sobre o risco e o benefício da imunização.^{62,63,64} O Brasil é o campeão mundial de mortes de mulheres gestantes ou lactantes por coronavírus, portanto, é preciso refletir, em um contexto de pandemia ainda descontrolada e com a eficácia comprovada

desse imunizante, sobre o potencial benefício da inclusão dessa população no grupo prioritário. Já a vacina do Laboratório AstraZeneca/Oxford/Fiocruz, liberada para uso emergencial em 17 de janeiro de 2021, apresentou, assim como as outras, um perfil de segurança aceitável, sendo considerada eficaz contra a Covid-19 em sujeitos sem sintomas.⁶⁵

Por fim, frisamos a importância das vacinas de diferentes tecnologias e com eficácia comprovada para o controle do avanço da pandemia, para a redução de mortes e para a prevenção de colapsos nos serviços de saúde. De acordo com a OMS, a vacinação é uma forma segura e eficaz de prevenir doenças e de salvar vidas. Quando somos vacinados, não estamos apenas protegendo a nós mesmos, mas também aqueles que estão ao nosso redor. Quando uma pessoa é vacinada contra uma doença, o risco de infecção também é reduzido – portanto, é menos provável que ela transmita o vírus a outras pessoas. À medida que mais pessoas em uma comunidade são vacinadas, menos pessoas permanecem vulneráveis, e há menos possibilidade de uma pessoa infectada transmitir a outra. Reduzir a possibilidade de o vírus circular na comunidade também protege aqueles que não podem ser vacinados (devido a problemas de saúde, como alergias ou idade) da doença visada pela vacina.⁶⁶

A Sociedade Brasileira de Pediatria, em 27 de janeiro de 2021, lançou recomendações referentes à orientação e à estimulação para a vacinação no Brasil, sugerindo comunicação efetiva com toda a população, que ressalte a importância da

vacinação, a segurança dos imunizantes, os grupos prioritários, o combate às informações falsas e a necessidade de manutenção das medidas de distanciamento, higiene e uso de máscara, mesmo após a vacinação.⁶⁶ Toda a rede nacional já utilizada na vacinação deverá ser otimizada para a vacinação contra a Covid-19.

Em relação à vacinação, muitas controvérsias vêm sendo apresentadas. Isso pode levar a confusões para as mulheres e suas famílias. Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) orientaram a interrupção temporária da vacinação com o imunobiológico da AstraZeneca/Oxford/Fiocruz contra o SARS-CoV-2 em gestantes e puérperas. Manteve-se a vacinação para gestantes e puérperas com comorbidades utilizando outras vacinas já aprovadas para uso no Brasil, produzidas pela Sinovac/Butantan (Coronavac®) e pela Pfizer/BioNTech (Comirnaty®). Neste mesmo documento, suspenderam temporariamente a vacinação de gestantes e puérperas sem comorbidades.⁶⁷

Partindo disso, a FEBRASGO, mais uma vez, pensando no alto índice de mortalidade materna por Covid-19 no país, reforça as seguintes orientações: a vacinação de puérperas e gestantes dos grupos prioritários deve ser feita utilizando as vacinas que não contenham vetor viral, ou seja, a Coronavac ou a Comirnaty; assim que possível, a vacinação de gestantes e puérperas sem comorbidades deve ocorrer com as mesmas vacinas.⁶⁷ Cabe ressaltar que resultados de estudos científicos já apontam para a

segurança e a eficácia das vacinas com tecnologia de mRNA para Covid-19, com efeitos potenciais e benefícios para mulher e bebê, neutralizando as variantes virais e sugerindo que os anticorpos possam ser transmitidos da mãe para o bebê pelo cordão umbilical e no leite materno, conferindo proteção desde o nascimento.^{68,69,70}

Entende-se a existência da hesitação vacinal, particularmente em torno das vacinas contra a Covid-19. No entanto, é importante reforçar a segurança geral das vacinas e enfatizar o fato de que nenhuma etapa foi omitida no seu desenvolvimento e na sua avaliação. As mulheres grávidas que recusam a vacinação devem ser apoiadas em sua decisão. Independentemente de sua decisão de receber ou não a vacina, essas conversas oferecem uma oportunidade para lembrar os pacientes sobre a importância de outras medidas de prevenção, como lavagem das mãos, distanciamento físico e uso de máscara.⁷¹

Ou seja, vacinar-se é um ato de ciência e de afeto. Discuta com seu profissional da saúde, médica ou enfermeira, e decida de forma segura e científica sobre a sua imunização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que mulheres gestantes e até 15 dias pós-parto ou abortamento foram classificadas como grupo de risco para a Covid-19 pelo Ministério da Saúde, reforçou-se a importância

de novos estudos sobre as características especiais da infecção no adoecimento dessa população. Os dados oficiais, por vezes limitados, geram um grande alerta aos profissionais da saúde que atendem esse público e às mulheres gestantes durante a pandemia.

O Brasil desponta como o país com a maior mortalidade materna de mulheres que contraíram o SARS-CoV-2 durante a gestação – ao menos 77% dos óbitos dessa população ocorreram em nossa nação –, sendo que muitas dessas mulheres não tiveram um suporte avançado para manutenção da vida – como a permanência em leitos de UTI e a intubação para melhora da disfunção respiratória. A falta de leitos hospitalares, especialmente os de alta complexidade, vem à tona como outro fator agravante para os cuidados dos novos casos de Covid-19 que surgem diariamente.

É de extrema importância que os cuidados e a prevenção contra o coronavírus sejam realizados pelas gestantes. As autoras corroboram Menezes *et al.* (2020), considerando a necessidade da testagem universal de pacientes obstétricas como uma estratégia importante para a proteção das mulheres durante o período gravídico-puerperal, bem como para os seus filhos e as suas filhas. Isso possibilitaria um planejamento adequado dos fluxos de encaminhamentos, da atenção ao nascimento e do aumento da vigilância direcionada à prevenção dos óbitos e *near miss* (mulher que quase morreu, sobrevivendo a uma

complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez).^{59,60}

A amamentação e o alojamento conjunto devem ser mantidos mesmo quando a mãe está com suspeita ou testou positivo para o vírus. Porém, como foi registrado um caso de transmissão vertical, mesmo que raro, é imprescindível que tanto os profissionais da saúde quanto as grávidas e as puérperas fiquem atualizados sobre as pesquisas e os dados que surgirem para evitar possíveis problemas para a díade mãe-bebê.

É necessário reforçar a importância do clampeamento oportuno do cordão umbilical, do alojamento conjunto e do contato pele a pele, levando em consideração os cuidados e as recomendações citados no item 5.

Além disso, as medidas de prevenção devem ser enfatizadas durante todos os atendimentos de pré-natal e de emergência, visto que a educação em saúde é primordial no processo de autocuidado e é corresponsabilidade dos indivíduos.

Visto que nem todo paciente contaminado pelo novo coronavírus apresenta sintomas e que a testagem não é universal para todas as gestantes internadas nos hospitais e nas maternidades, é crucial a assistência atenta a possíveis sinais de deterioração do estado geral de saúde dessas mulheres.

No que tange à amamentação, os estudos ainda são escassos, e não há evidências de transmissão do vírus pelo leite materno. No entanto, a manutenção do aleitamento é

recomendada aliada à adoção dos hábitos de higiene e das medidas de prevenção para evitar o contágio. Em relação à contracepção, constata-se que todos os métodos contraceptivos são seguros durante a pandemia. Sobretudo, o direito ao planejamento familiar deve ser garantido pelos serviços em todos as circunstâncias.

A situação é grave e expõe todas as vulnerabilidades da população brasileira e do nosso sistema de saúde. Contudo, há estratégias coletivas a serem valorizadas para o bem-estar de todos: informar nossos amigos e familiares com fatos verídicos, combatendo as chamadas *fake news*; e emponderarmo-nos do distanciamento social, do correto uso de máscara e da realização da higiene de mãos como um potente fator de proteção, de empatia e de respeito ao próximo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da pandemia da COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
2. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS.

Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília, 2020.

3. Rich M. Gravidez durante a pandemia da COVID-19 [*homepage* da Internet]. Brasília: UNICEF Brasil; [atualizada em 2020 Abr 23; acesso em 2020 Jul 27]. Como melhor proteger você e seu bebê; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/gravidez-durante-pandemia-da-covid-19>.
4. Westgren H, Pettersson K, Hagberg H, Acharya L. Morbidade e mortalidade maternas graves associadas a COVID-19: o risco não deve ser minimizado. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2020; 99: 815-6.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gravidez: o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção [*homepage* da Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [atualizada em 2002 Maio 16; acesso em 2020 Jul 15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>.
6. Câmara A, Boechat N. Vírus Zika e Microcefalia [*homepage* da Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); [acesso em 2020 Jul 12]. O que pode gerar uma microcefalia? [aproximadamente 2

telas]. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/207-viruszika>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Brasil. Portaria Nº 1.067, de 4 de Julho de 2005: Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
10. Fundo das Nações Unidas para a infância. *Direitos da gestante e do bebê*. São Paulo: Globo, 2011.
11. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Protocolos de Obstetrícia*. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

13. Adhikari SP *et al.* Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious Diseases Of Poverty* [periódico na Internet]. 2020 Mar 17 [acesso em 2020 Abr 15]; 9 (1): [aproximadamente 15 p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079521/>.
14. Cui J, Li F, Shi Z. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology* [periódico na Internet]. 2018 Dez 10 [acesso em 2020 Abr 17]; 17 (1): [aproximadamente 15 p.]. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41579-018-0118-9>.
15. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y *et al.* Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal Of Medicine* [periódico na Internet]. 2020 Mar 26 [acesso em 2020 Abr 20]; 382 (13): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001316>.
16. World Health Organization. COVID-19 strategy update. Genebra: World Health Organization, 2020.

17. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ *et al.* The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research* [periódico na Internet]. 2020 Mar 13 [acesso em 2020 Abr 20]; 7 (11): [aproximadamente 10 p]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32169119/>.
18. Yang J *et al.* Prevalence of comorbidities and its effects in coronavirus disease 2019 patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases* [periódico na Internet]. 2020 Mar 12 [acesso em 2020 Mai 20]; 94 (1): [aproximadamente 15 p.]. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(20\)30136-3/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(20)30136-3/fulltext).
19. Zhou F *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet* [periódico na Internet]. 2020 Mar 11 [acesso em 2020 Mai 21]; 395 (10229): [aproximadamente 15 p.]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext).
20. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-ncov). Situation report - 10: 30 january 2020. Genebra: World Health Organization, 2020.

21. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-ncov). Situation report - 51: 11 March 2020. Geneva: World Health Organization, 2020.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus: linha do tempo. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico coronavírus - N66. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
24. Andrade ACSP, Batista ACF, Carvalho APS, Silva DM, Inácio JLS, Vale JVR *et al.* Pandemia do Coronavírus (COVID-19) Recomendações para Gestantes e Puérperas. Divinópolis: UFSJ; 2020.
25. Secretaria de Saúde do Tocantins. Atenção à Gestante - Coronavírus (COVID-19) [*homepage* na Internet]. Tocantins: Secretaria de Saúde do Tocantins [acesso em 2020 Jun 30]. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/area-tecnica-de-saude-da-mulher/atencao-a-gestante---coronavirus-covid-19/>.
26. Takemoto MLS *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. International

Journal of Gynecology & Obstetrics [periódico na Internet]. 2020 Jul 09 [acesso em 2020 Nov 08]; 151 (1): [aproximadamente 1p.]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13300>.

27. Knight M, Bunch K, Vousden N *et al.* Characteristics and outcomes of pregnant women hospitalised with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). The BMJ [periódico na Internet]. 2020 Jun 08 [acesso em 2020 Nov 08]; 369: m2107 [aproximadamente 15 p.]. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m2107>.

28. Brasil. Fiocruz. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19 [*homepage* na Internet]. Fiocruz [atualizada em 2020 Abr 29; acesso em 2020 Jul 27]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/covid-19-orientacoes-da-febrasgo-para-avaliacao-e-tratamento-ambulatorial-de-gestantes/>.

29. Saviron-Cornudella R *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and human pregnancy: a scoping review. Gynecological and Reproductive Endocrinology and

Metabolism [periódico na Internet]. 2020 Fev [acesso 2020 Nov 08]; 1 (2): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <https://gremjournal.com/journal/02-2020/the-coronavirus-disease-covid-2019-and-human-pregnancy-a-scoping-review/>.

30. World Health Organization. Coronavírus disease. Suíça [*homepage* na Internet] Genebra: WHO, 2020 Abr [atualizada em 2020 Out 12; acesso em 2020 Nov 08]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>.

31. Fundação Oswaldo Cruz. As gestantes, os recém-nascidos e a COVID-19 [vídeo]. Rio de Janeiro; 2020.

32. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) [*homepage* da Internet]. Gravidez durante a pandemia da COVID-19, como melhor proteger você e seu bebê. 2020 [acesso em 2020 Jul 20]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/gravidez-durante-pandemia-da-covid-19>.

33. Vivanti AJ, Fellous CV, Prevout S, Zupan V, Suffe C, Cao J *et al*. Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. Nature Communications [periódico da Internet]. 2020 Jul 14 [acesso em 2020 Ago 01]; 14 (1):

[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32665677/>.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. [livro on-line]. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde. 2011 [acesso em 2020 Jul 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf.

35. World Health Organization. O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. [publicação on-line]; 2013 [acesso em 2020 Jul 21]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf.

36. Bezerra LDA, Pereira AMM, Jorge HMF, Melo LPT, Feitoza SRF, Amorim MLS. Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. RTEP. [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 2020 Ago 01]; 8 (4) [aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/BENEF%C3%8DCIOS-DO-CONTATO-PELE-A-PELE-PARA-O-REC%C3%89M-NASCIDO.pdf>.

37. Matos TA *et al.* Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem.

Revista Brasileira de Enfermagem [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2020 Jul 25]: 63 (6): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600020&script=sci_abstract&tlng=pt.

38. Wu C, Yang W, Wu X, Zhang T, Zhao Y, Ren W *et al.* Clinical Manifestation and Laboratory Characteristics of SARS-CoV-2 Infection in Pregnant Women. *Virologica Sinica* [periódico na Internet]. 2020 Abr 20 [acesso em 2020 Jul 25]; 35 (1): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7167538/>.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

40. Breslin N *et al.* COVID-19 Infection Among Asymptomatic and Symptomatic Pregnant Women: Two Weeks of Confirmed Presentations to an Affiliated Pair of New York City Hospitals. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* [periódico na Internet]. 2020 Mai 02 [acesso em 2020 Jul 25]; 2 (2): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144599/>.

41. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 13/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Recomendação Acerca da Atenção Puerperal, Alta Segura e Contracepção durante a pandemia da COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

42. Shrestha N, Dangal G. Revisiting Strategies for Maternal Health Care in the Face of COVID-19 Pandemic. Kathmandu University Medical Journal [periódico na Internet]. 2020 Set [acesso em 2020 Set 10]; 18 (2): [aproximadamente 12 p.]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344416589_Revisiting_Strategies_for_Maternal_Health_Care_in_the_Face_of_COVID-19_Pandemic_Corresponding_Author.

43. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [*homepage* na Internet]. Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a pandemia da COVID-19. [atualizada em 2020 Abr 27; acesso em 2020 Jul 9]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>.

44. Marín GMA, Reyne VM, Caserío CS, Sole L, Carrizosa MT, Rivero CI *et al.* Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes With COVID-19: A Multicenter Study of 242 Pregnancies and Their 248 Infant Newborns During Their First Month of Life. *The Pediatric Infectious Disease Journal* [periódico na Internet]. 2020 Nov [acesso em 2020 Nov 20]; 39 (12): [aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/32947599>.
45. Brasil. Fiocruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente [*homepage* na Internet]. Coronavírus: Cuidado Clínico de Gestantes e Puérperas [atualizada em 2020 Abr 29; acesso em 2020 Jul 09]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/coronavirus-cuidado-clinico-de-gestantes-e-puerperas/>.
46. Fundo de População das Nações Unidas. Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage: Pandemic threatens achievement of the Transformative Results committed to by UNFPA. UNFPA [periódico na Internet]. 2020 Abr 27 [acesso em 2020 Ago 01]: [aproximadamente 14 p.]. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf.

47. Fundo de População das Nações Unidas. Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic: UNFPA Global Response Plan Revised June 2020. UNFPA, 2020.
48. Organização Mundial da Saúde. Anticoncepção/Planejamento familiar e COVID-19. Organização Mundial de Saúde, 2020.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
50. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19: Scientific brief. Geneva: World Health Organization, 2020.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Perguntas Frequentes – Amamentação e COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
52. Silva ALMS, Amorim JVO, Amorim LAO, Silva LS, Victor MP, Guimaraes MS *et al.* Aleitamento Materno e COVID-19: Revisão Sistemática da Literatura. *Brazilian Journal of Health Review* [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Ago 01]; 3 (5): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16489>.

53. Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, González-Mey U, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T, Rodríguez-Díaz L. Infección Por Coronavirus COVID-19 Y Lactancia Materna: Una Revisión Exploratoria. *Revista Española de Salud Pública* [periódico na Internet]. 2020 Mai 27 [acesso em 2020 Ago 05]; 94 (27): [aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-32458823>.
54. Yang N, Che S, Zhang J, Wang X, Tang Y, Wang J *et al.* Breastfeeding of infants born to mothers with COVID-19: a rapid review. *Annals of Translational Medicine* [periódico na Internet]. 2020 Mai 08 [acesso em 2020 Ago 05]; 8 (10): [aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7290644/>.
55. Lubbe W, Botha E, Niela-Vilen H, Reimers P. Breastfeeding during the COVID-19 pandemic – a literature review for clinical practice. *International Breastfeeding Journal* 2020; (15): 82: 1-9.
56. Chaves RG, Lamounier JA, Santiago LB. Breastfeeding and Treatment for Coronavirus infection 2019 (COVID-19). *Residência Pediátrica* 2019: Ahead of Print.

57. Genoni G, Conio A, Binotti M, Manzoni P, Castagno M, Rabbone I *et al.* Management and Nutrition of Neonates during the COVID-19 Pandemic: A Review of the Existing Guidelines and Recommendations. *Am J Perinatol* [periódico na Internet]. 2020 Jul [acesso em 2020 Ago 05]; 37 (2): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/mdl-32243068>.
58. Williams J, Namazova-Baranova L, Weber M, Vural M, Mestrovic J, Carrasco-Sanz A *et al.* The Importance of Continuing Breastfeeding during Coronavirus Disease-2019: In Support of the World Health Organization Statement on Breastfeeding during the Pandemic. *The Journal of Pediatrics* [periódico na Internet]. 2020 Ago [acesso em 2020 Set 01]: [aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437755/>.
59. Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Magalhães CG, Takemoto MLS. Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2020 Ago 03 [acesso em 2020 Set 01]; 36 (8): aproximadamente 10 p.]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000800501&script=sci_arttext.

60. Organização Mundial da Saúde. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação. Organização Mundial da Saúde, 2011.

61. WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines).

62. Brasil. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação contra Covid 19. Informe Técnico do MS. 2021.

63. FEBRASGO. Recomendação Febrasgo na vacinação de gestantes e lactantes contra COVID-19. 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1207-recomendacao-febrasgo-na-vacinacao-gestantes-e-lactantes-contracovid-19>.

64. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. COVID-19: Fique por dentro do mapa das vacinas em teste no Brasil. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/fique-por-dentro-do-mapa-das-vacinas-em-teste-no-brasil>.

65. Voysey M *et al.* Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an

interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *The Lancet* [periódico na Internet]. 2021; 397 (10269): P99-111. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32661-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32661-1/fulltext).

66. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização. Dúvidas sobre vacinas COVID-19: Perguntas e respostas. 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22909c-GPA-Duvidas_sobre_Vacinas_COVID19.pdf.

67. FEBRASGO. Vacinação contra COVID-19 em gestantes e puérperas. 2021. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/1274-vacinacao-contr-a-covid-19-em-gestantes-e-puerperas>.

68. Collier AY, McMahan K, Yu J, Tostanoski LH, Aguayo R, Ansel J, Chandrashekar A, Patel S, Apraku Bondzie E, Sellers D, Barrett J, Sanborn O, Wan H, Chang A, Anioke T, Nkolola J, Bradshaw C, Jacob-Dolan C, Feldman J, Gebre M, Borducchi EN, Liu J, Schmidt AG, Suscovich T, Linde C, Alter G, Hacker MR, Barouch DH. Immunogenicity of COVID-19 mRNA vaccines in pregnant and lactating women. *JAMA*. 2021 Maio 13.

69. Shanes ED, Otero S, Mithal LB, Mupanomunda CA, Miller ES, Goldstein JA. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) vaccination in pregnancy: Measures of immunity and placental histopathology. *Obstet Gynecol.* 2021 May 11.

Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/covid-19-vaccination-considerations-for-obstetric-gynecologic-care?fbclid=IwAR26RFocsP9vUo5Vg6tHYgj6VvOlQ3kZR9tjtbXQp72rJdbIRs7rm5W7hcI>.

DETERMINANTES SOCIAIS, DESIGUALDADES EM SAÚDE E UMA AGENDA INTERSECCIONAL PARA AS MULHERES DURANTE A PANDEMIA

Desirée do Rosário Diniz

Giovana Loreto Nunes

Thayná Fernandes Oliveira Silva

Questões socioculturais sempre estiveram relacionadas ao processo de saúde-doença. Com o passar dos anos, a compreensão dessas questões tem sido necessária para a melhoria da qualidade de vida da população.¹ O Brasil, por ser um país com desigualdades sociais, econômicas, étnico/raciais e de

gênero, teve suas discrepâncias agravadas de forma considerável neste momento de pandemia do novo coronavírus.^{2,3}

Pensando nessa realidade brasileira e no contexto da pandemia, pretende-se esclarecer o que são determinantes sociais de saúde e como as desigualdades impactam na saúde, para que se possa compreender de que forma a população brasileira é afetada por esses conceitos de forma direta e indireta,^{4,5} em especial no que diz respeito às mulheres. Projeta-se que a pandemia colocará mais de 47 milhões de mulheres e meninas abaixo da linha da pobreza, apontando um aumento de 9,1% na taxa de pobreza entre as mulheres, o que reverte décadas de progresso na erradicação da pobreza extrema entre essa população.⁶ Qualquer possibilidade de diálogo deve considerar essa realidade como fator determinante da saúde da população.

Portanto, busca-se refletir sobre como é, para uma mulher gestante, parturiente ou puérpera, vivenciar os aspectos socioculturais pré-existentes na sociedade brasileira e sobre o que as torna mais vulneráveis nesse momento de pandemia. Além disso, é necessário associar ideias de como esse momento atípico deveria ser enfrentado para que todas as mulheres, independentemente de fatores raciais, étnicos e sociais, possam receber atendimento humanizado e de qualidade pelo serviço de saúde.⁷

O período de gestação, parto e pós-parto é determinante para a saúde de todas as mulheres e suas famílias. No entanto, é importante compreender que, infelizmente, as desigualdades

existentes e vividas por elas são intensas e impactam cada mulher de maneira distinta, exigindo olhares sensíveis ao tema por parte dos profissionais de saúde, para que possam colaborar para a interrupção desse ciclo de discriminação e do impacto negativo sofrido por muitas gestantes brasileiras. Por outro lado, a partir do momento em que a mulher passa a identificar e a entender quais desigualdades estão relacionadas à sua vida e em quais situações é mais propícia a vivenciar, é possível que ela consiga lutar e defender seus direitos de forma assertiva e transformadora.

PARA ENTENDER SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS E AS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Em 20 de março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia do novo coronavírus, foram indicadas medidas de prevenção no Brasil em consonância às recomendações da OMS.^{8,9,10} Porém, o país vive uma realidade de desigualdades sociais, as quais são agravadas em situações de instabilidade, como em uma pandemia.¹ Uma parte da sociedade ainda não possui condições básicas, como acesso a água potável e tratamento de esgoto, impossibilitando o cuidado mais simples e efetivo contra a Covid-19, uma vez

que fica exposta a se contaminar e a disseminar o vírus para outras pessoas pela falta de recursos.^{2,3} Esses brasileiros estão privados da atenção em relação ao processo saúde-doença, e essa privação é determinada por condições sociais e de vida distintas.

Os determinantes sociais de saúde (DSS) são, segundo a OMS, condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, as quais influenciam a saúde individual e coletiva.^{5,11} Fatores sociais, culturais, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais devem ser considerados quando o assunto é a saúde populacional, pois eles também geram fatores de risco e problemas que afetam em nível individual e coletivo.³ Assim, trata-se de um pensar em saúde contrário ao paradigma dominante, o qual, por muito tempo, tem negado a dimensão social dessas questões, privilegiando abordagens biologicistas ou que buscam explicar as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e de estilos de vida pouco saudáveis.¹²

Desse modo, os determinantes sociais não podem ser analisados somente a partir das doenças que eles possibilitam, como sendo uma simples reação de causa e efeito. Devem ser levadas em conta todas as dimensões dos problemas sociais, desde questões individuais relacionadas a idade, sexo e raça/etnia, até questões coletivas, como habitação, alimentação, condições de trabalho, questões culturais, econômicas e ambientais, as quais, de forma síncrona, impactam a saúde de todos e todas.¹ É necessário reconhecer que as dinâmicas

do viver em sociedade levam a processos de produção e reprodução de padrões e estruturas de dominação, exploração e marginalização dos sujeitos, moldando seus modos de vida e as maneiras como o processo saúde-doença se expressa.

As iniquidades em saúde devem ser consideradas na compreensão de como os determinantes sociais estão relacionadas ao estado de saúde-doença de uma comunidade. Iniquidades em saúde são desigualdades, sistemáticas e relevantes, mas também evitáveis, injustas e desnecessárias.¹³ A iniquidade de renda afeta significativamente o processo de saúde-doença de uma população; no Brasil, a distribuição desigual de riqueza possibilita acessos diferenciados às mínimas condições de viver. Entende-se por pobreza não apenas a falta de acesso a bens materiais, mas também a falta de oportunidades e de possibilidades, a ausência de voz frente ao Estado e à sociedade e uma grande vulnerabilidade em situações de imprevistos.¹⁴ Além da pobreza, grande parcela da população brasileira sofre com outros tipos de iniquidades de saúde, como falta de acesso a moradia digna, falta de saneamento básico, desemprego, falta de educação de qualidade e de acesso ao serviço de saúde,^{1,3} os quais, em conjunto, fornecem uma interseccionalidade de vivências e de desigualdades.

Assim, percebe-se que as iniquidades em saúde fluem de padrões de estratificação, provenientes da distribuição desigual de recursos entre os grupos sociais, exigindo a compreensão

dos processos que fundamentam essa desigualdade, avaliando de forma realista o que pode ser feito para alterá-los e, por fim, identificando como o poder opera em múltiplas dimensões de relações econômicas, sociais e políticas.¹⁵ Pensando nos determinantes econômicos ou na renda dos indivíduos, pode-se refletir sobre como eles impactam no tratamento e na recuperação dos sujeitos, uma vez que pessoas de renda mais elevada tendem a dispor de melhores recursos de atenção à saúde. Sujeitos com menor renda não possuem as mesmas opções, fato que vem sendo discutido amplamente no que diz respeito aos casos de Covid-19 no Brasil.⁹

Isso ocorre diretamente devido ao determinante econômico, propiciando às pessoas de mais alta renda uma antecipação de cuidados e de melhora, e às pessoas de menor renda a dependência exclusiva dos serviços públicos de saúde, os quais, por melhores que sejam, sozinhos não dão conta da demanda de cuidados exigidos durante a pandemia,¹ em função da recorrente precarização do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, reconhece-se que, sem medidas de mitigação social e econômica, como estímulo fiscal e expansão de redes de seguridade social, o impacto da pandemia nos países em desenvolvimento, em especial na América Latina, será devastador.¹⁶ A escolha entre viver e morrer, tão discutida durante a atual realidade, é ditada economicamente no Brasil, o que exige a adoção de medidas

que levem em consideração os aspectos sociais e locais para a contenção da pandemia.^{17,18}

Ao determinarem o acesso a recursos que podem ser utilizados para evitar ou minimizar as consequências das doenças, as condições sociais são fundamentais no processo de cuidado e de assistência, estando relacionadas à distribuição que o Estado faz de seus recursos, que por vezes é desigual e seletiva, reproduzindo maior benefício para aqueles que possuem mais recursos, informações e oportunidades, e não fundamentalmente para os que mais necessitam.^{1,19} Estudos mostraram que os indivíduos das classes sociais desfavorecidas, independente do gênero, da raça e da localização geográfica, têm pior saúde e maior mortalidade do que os das classes privilegiadas.^{2,13}

Em relação ao contexto da pandemia, sabe-se que a Covid-19 apresenta um efeito duplo nas populações mais vulneráveis, na medida em que, em virtude de suas características preventivas, exige movimentos e condições sociais que acabam por perpetuar a pobreza. No Brasil, estima-se que a pandemia possa aumentar em 6,5 pontos percentuais os índices de pobreza, afetando mais de um quarto da população e tornando mais vulneráveis ainda aqueles cujas condições de vida já eram fragilizadas. Assim, a pandemia perpetua e é perpetuada pela pobreza, pois, sem reservas financeiras e dependentes da assistência emergencial do governo, dificilmente os sujeitos irão

aderir às medidas preventivas, como o isolamento social, o uso de máscaras e a higiene das mãos. Isso torna a própria condição de vida uma manutenção da cadeia de transmissão da Covid-19¹⁷ e sugere que as consequências da crise da pobreza são de suma relevância.²⁰

Cabe a reflexão sobre a desigualdade existente em âmbito territorial, a qual se refere ao ambiente físico e social previamente padronizado, que gera hierarquias e assimetrias marcantes na distribuição dos níveis de saúde da população. Isto é, a distância entre moradia e trabalho, a dependência do transporte coletivo, a deficiência de saneamento e a dificuldade de acesso a Unidades Básicas de Saúde (UBS), por exemplo, geram situações e comportamentos de risco para aqueles que têm de viver com essas características territoriais.¹⁹⁻²¹ Locais com maior disparidade, com condições de vida e moradia mais precárias estão associados diretamente a uma taxa de infecção quase oito vezes maior e a uma taxa de mortalidade nove vezes maior, situação que piora de acordo com a raça identificada dessa população, sendo as não brancas as mais afetadas.²²

No Brasil, a população amazônica é um exemplo de desigualdade social no âmbito territorial, pois grande parte da população vive em regiões de acesso remoto e em terras indígenas, nas quais a vulnerabilidade econômica e social restringe sua mobilidade espacial pelo território. A restrição de mobilidade torna essa população mais suscetível

a maior disseminação do coronavírus, em especial de sua forma grave.²³ As condições dos indivíduos que moram em comunidades carentes e em favelas também são preocupantes, pois, nesses espaços de alta vulnerabilidade, não existe um método infalível devido à alta complexidade imposta^{24,25} pela combinação de condições de pobreza, desigualdade e superlotação.

Outra forte desigualdade social, que afeta a saúde dos brasileiros, é a desigualdade de raça/etnia, presente na exclusão cotidiana das pessoas negras da maioria das estruturas sociais e políticas, com privilégios para brancos e brancas e com desvantagens para a população negra, estrutura que define as formas de viver no país.²⁶ Quando se trata especificamente de mulheres negras, é visto um duplo preconceito, interseccionando raça e gênero, o que determina expressões de vida ainda mais vulneráveis. Reconhece-se, por exemplo, que o tempo das consultas de mulheres negras são menores quando comparado ao das de brancas, evidenciando que as primeiras recebem pior atendimento à saúde. As mulheres negras, pobres e periféricas são mais propensas a não usufruírem de atendimento de qualidade pelos profissionais de saúde devido ao racismo institucional, o qual perpetua estereótipos sobre esse grupo, como a tolerância à dor e ao sofrimento, desumanizando-as de forma cruel. Dados também mostram que mulheres negras possuem menor expectativa de vida e alta taxa de mortalidade

materna, ou seja, ser mulher e negra garante um risco maior de saúde.^{27,28,29} Quando se reflete sobre isso em tempos de pandemia, em um momento em que o Brasil é o país com mais mortes maternas no mundo devido à Covid-19, esse aspecto gera o questionamento de quem são realmente essas mulheres que morrem no país.

Em relação ao contexto do novo coronavírus, no Brasil, a negligência na assistência à população negra é mantida, sendo agravada por outros determinantes sociais de saúde. Um exemplo bem prático ocorre na orientação simples e básica das autoridades em saúde para que a população permaneça em casa, evitando aglomerações e mantendo o distanciamento social preventivo. No entanto, olhando de forma mais específica sobre essa orientação e sobre a realidade da população, pode-se evidenciar que a renda da maioria da população negra é constituída por trabalhos informais e por serviços essenciais. Portanto, eles não possuem a possibilidade de escolha, facilitando, assim, a exposição desses sujeitos e, indiretamente, de seus familiares à Covid-19 e impulsionando as mortes de uma determinada raça e classe da população. Para a população negra, o cenário da pandemia se associa, portanto, à desigualdade de condições determinadas pelo racismo estrutural e institucional da nossa sociedade, caracterizando-se por menos acesso aos serviços de saúde, maior exposição a fatores de risco e vulnerabilidades. Pode-se inferir o agravamento da doença nesses indivíduos,

propiciando maiores índices de óbito na população negra e, em especial, na população feminina negra.^{2,7,30}

Partindo de todos esses aspectos, é possível refletir que os determinantes sociais de saúde, as iniquidades em saúde e as desigualdades sociais devem ser compreendidos e levados em conta na hora de formular ações para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. A criação de redes de apoio e de redes de garantia de direitos é fundamental para o processo de saúde e de combate a doenças de uma comunidade, principalmente daquelas mais marginalizadas e discriminadas, proporcionando informação e apoio. Laços de coesão social e relações de solidariedade e de confiança entre pessoas e grupos se tornam fundamentais para a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva, o que inclui políticas públicas que busquem estabelecer redes de apoio e fortaleçam a organização de atores sociais participantes ativos das decisões sobre o viver em sociedade.³¹

AS DESIGUALDADES E AS VULNERABILIDADES NA SAÚDE DAS MULHERES GESTANTES

O atendimento à saúde, no Brasil, é um direito garantido a todos, mas, neste momento de pandemia do coronavírus, o dilema entre o viver e o morrer é acentuado diante das

desigualdades, as quais são responsáveis pelas vulnerabilidades na assistência à saúde de determinados grupos.^{1,2,32} A partir disso, há uma preocupação com as mulheres gestantes, devendo-se ficar atentos aos sinais, aos sintomas e às manifestações da doença nessa população, já que esta vem sendo muito atingida no país,³³ e o período gravídico puerperal pode, de fato, representar riscos adicionais.

No Brasil, tem-se evidenciado uma elevada taxa de mortalidade por Covid-19 em gestantes e em mulheres no período pós-parto, o que está relacionado a diversos fatores, tais como assistência obstétrica inadequada, recursos insuficientes de gerenciamento dos casos, disparidades raciais e sociais no acesso aos serviços de saúde, violência obstétrica e barreiras impostas pela própria pandemia.³³ Soma-se a isso o receio quanto à impossibilidade de escolher entre parto normal ou cesariana, havendo apontamentos relacionando quadros graves associados a comorbidades com maior probabilidade de ocorrência de partos prematuros ou cesarianas, o que por si só já elevaria o risco de morte materna e neonatal.³⁴

Ademais, essas mulheres podem ser parte de grupos socialmente vulneráveis e com desigualdades que se interseccionam, colocando-as em risco tanto de se infectar quanto de transmitir para outras pessoas.⁹ Esse é um contexto que aumenta a preocupação relacionada ao risco de desfechos maternos e perinatais desfavoráveis, sendo amplamente

discutido em particular no Brasil e em outros países da América Latina. Dessa forma, as mulheres gestantes podem ser consideradas mais expostas ao vírus SARS-CoV-2, em especial pelas desigualdades no acesso à saúde, uma vez que as interseccionalidades, como raça, classe social e etnia, aumentam sua vulnerabilidade em relação à assistência em saúde.^{1,32,35}

Como discutido anteriormente, a população negra é uma das principais expostas às desigualdades e, conseqüentemente, às vulnerabilidades à assistência à saúde.⁷ As mulheres negras gestantes são mais vulneráveis a vivenciarem dificuldades no acesso à saúde, desde o pré-natal.³ Há cuidados recomendados para a gestante, como a garantia de no mínimo sete consultas de pré-natal, que não ocorre igualmente com todas as mulheres, já que, entre as mulheres negras, 64,7% realizam sete consultas ou mais, enquanto, entre as brancas, esta porcentagem é de 71,6%.^{36,37} Fica a reflexão e o questionamento sobre quantas vulnerabilidades as impedem de cuidarem de sua saúde da melhor maneira possível.

As mulheres de grupos sociais mais vulneráveis, como as não brancas, estão, portanto, mais propensas a vivenciarem piores resultados de saúde materna, pois vivenciam desde condições pré-existentes, que provocam maiores riscos, até potenciais danos associados às políticas e às práticas discriminatórias que ferem o direito à igualdade e à não discriminação.^{38,39} Por conseqüência, isso coloca em risco a vida

dessas mulheres durante o período de gravidez e, inclusive, no pós-parto, na medida em que doenças, como a pré-eclâmpsia, podem ser controladas por meio de atendimento adequado durante pré-natal. Esse cuidado impediria o aumento nas taxas de mortalidade materna e diminuiria a vulnerabilidade das gestantes em relação à Covid-19, haja vista que o adoecimento por essa doença ocorre, majoritariamente, em pessoas com algum histórico de morbidade, como nos casos de gestantes que receberam assistência negligente ou não qualificada.^{39,40}

Há, também, outros fatores que ferem os direitos à saúde das gestantes negras. Em especial, destaca-se que o tempo de consulta disponibilizado a elas é menor do que o das mulheres gestantes brancas, impossibilitando um cuidado de qualidade e, principalmente, a criação de confiança e de segurança entre a mulher e o profissional.^{7,36} Atrelada à assiduidade do pré-natal, existe a correlação entre os fatores sociais e os espaciais/geográficos, que dificultam o acesso da mulher negra aos serviços de saúde, ou seja, a maior parte da população negra, nas grandes metrópoles brasileiras, vive em regiões periféricas afastadas dos centros urbanos.^{2,7,35}

Sendo assim, essas mulheres são obrigadas a percorrer distâncias maiores para o atendimento em hospitais, em especial durante a busca por cuidados no momento do parto, realizando uma peregrinação maior quando comparada à de mulheres brancas, ainda que legalmente exista o direito à

vinculação a uma maternidade mais próxima à sua residência. Esse conhecimento é muitas vezes omitido da gestante negra nas consultas de pré-natal pelos profissionais de saúde, gerando uma violação ao direito dela e, no contexto atual de pandemia, vulnerabilizando essa mulher a possíveis infecções pelo vírus SARS-CoV-2 devido à necessidade de deslocamento.^{7,36,41} Assim, as gestantes negras são mais vulneráveis no acesso à saúde devido às desigualdades originadas pelo racismo estrutural e institucional, o qual tende a vitimar pessoas negras, intensificando essa diferença na coletividade.

A vulnerabilidade da mulher negra durante a gestação é vista, também, devido à maior incidência de violência obstétrica, constituída por práticas assistenciais inadequadas, estas se manifestam, por exemplo, por meio de agressões físicas, verbais, procedimentos não consentidos e recusa à administração de analgésicos.^{29,35,36,41} Isto é, essa violência, na maioria dos casos, é oriunda do racismo institucional dos profissionais de saúde, os quais projetam estigmas na população negra, como a falsa ideia de que gestantes negras são mais fortes, sujeitando-as a esperas mais longas em consultas e, inclusive, à recusa e/ou à demora na administração de analgésicos na parturiente. Essas atitudes interferem no exercício da profissão de médicos e enfermeiros, gerando iniquidades no atendimento, no cuidado e no tratamento das mulheres negras, tornando-as vulneráveis a tais práticas. No contexto da Covid-19, as atitudes associadas

à violência obstétrica vivenciada por gestantes negras não mudam, mas podem, inclusive, acentuar-se, determinando barreiras importantes de cuidado em saúde e de incremento de vulnerabilidades.^{7,39}

Outra população que precisa ser observada e urgentemente protegida é a população indígena brasileira, intensamente violentada historicamente, mas que, desde a ascensão desenfreada e violenta do atual governo, vem sofrendo ataques contínuos, por vezes de caráter genocida. No contexto pandêmico, as populações indígenas brasileiras estão especialmente vulneráveis à infecção, visto que são mais suscetíveis às viroses, já que possuem elevada prevalência de carências nutricionais, doenças infecto-parasitárias e doenças crônicas não transmissíveis.^{42,43} Essa vulnerabilidade se intensifica por fatores ligados à carência de infraestrutura e de saneamento, a condições de moradia inadequadas, ao distanciamento das comunidades de centros urbanos com disponibilidade de cuidados intensivos e à ausência de políticas de cuidado específicas para indígenas.⁴⁴

Além disso, aspectos culturais, como a vivência em conjunto e em comunidades, o compartilhamento de cuias e de outros utensílios, podem ser um meio de transmissão entre os indígenas. Esses são fatores de infecção devido à ocorrência de invasão e de exploração das terras indígenas por mineradores, madeireiros e grileiros durante a pandemia, o que não diminuiu,

pelo contrário, infelizmente aumentou durante esse período devido à precariedade da fiscalização.^{42,45} Por consequência, os efeitos gerados aos indígenas pela manutenção da invasão e da desregulamentação de suas terras impactam o estado de saúde de todos, principalmente dos idosos.⁴² As gestantes indígenas são também expostas à Covid-19, causando preocupação em relação à sua saúde e à do bebê. Logo, são mais suscetíveis a adoecerem, principalmente devido às desigualdades que as tornam vulneráveis ao atendimento em saúde.

A atenção ao pré-natal é de extrema importância para a redução da morbimortalidade materna e infantil – prevalente nos povos originários devido aos baixos índices de acompanhamento no pré-natal.⁴⁶ Esses índices variam em diferentes regiões brasileiras, mas, ainda assim, são abaixo do recomendado. Além disso, há prevalência entre as mulheres indígenas, tanto as gestantes quanto as não gestantes, de anemia, sendo associada à distância das aldeias do atendimento à saúde, à irregularidade das consultas do pré-natal em bebês com menos de 60 meses e às poucas condições de moradia dessas mulheres. A partir disso, elas se tornam vulneráveis à assistência à saúde, uma vez que a falta do histórico clínico no ciclo gravídico pode prejudicar o bem-estar da gestante e o desenvolvimento do bebê, relacionando, posteriormente, índices de prematuridade, baixo peso ao nascer, anemia infantil e desnutrição nos anos subsequentes

à primeira infância. Assim, as diferenças étnicas das gestantes indígenas são invisibilizadas em relação às das não indígenas, reforçando a perspectiva única de cuidado que gera iniquidades na assistência à saúde, potencializando as vulnerabilidades e as desigualdades sociais. Isto é, as mulheres indígenas vivem em regiões afastadas dos centros urbanos e de maior aporte de serviços, causando o deslocamento delas para o acesso à saúde, colocando em risco seu bem-estar e o do bebê, tanto pelo trajeto às UBS quanto pela exposição a doenças dos não indígenas, como o coronavírus.^{42,46}

POR UMA AGENDA INTERSECCIONAL DE CUIDADO À SAÚDE DAS MULHERES DURANTE A PANDEMIA

A interseccionalidade é um instrumento teórico e metodológico utilizado para pensar as estruturas sociais que compõem a tríade racismo-capitalismo-patriarcado e as conexões decorrentes dessa organização, que, justapostas, compõem uma estrutura perversa que conduz mulheres, principalmente mulheres negras, a contextos de vulnerabilidade e de abandono. A violação dos direitos mais básicos e violências de diversos tipos compõem as vivências diárias de mulheres pobres e mulheres negras no país.⁴⁷

A aparente normalidade das diferenças sociais, justificada pelo esforço individual, esconde a impiedade de um sistema que se sustenta em uma estrutura que gera miséria e violência, para que o trabalho de alguns possa ser explorado por outros e para que alguns bens e serviços estejam disponíveis apenas para determinados membros dessa sociedade. Esse cenário gera, cotidianamente, diversas brutalidades e violações que se evidenciam, exponencialmente, no contexto da crise causada pela pandemia da Covid-19.

O subemprego e a necessidade de complementar a renda familiar levam milhares de pessoas, muitas dessas mulheres chefes de família, a jornadas diárias extenuantes de trabalho em péssimas condições e quase nenhuma preocupação com a saúde laboral por parte dos empregadores. Aglomerações em transporte público, moradias afastadas dos grandes centros, dificuldade em realizar as refeições de maneira adequada e poucas horas de sono são condições comuns e facilmente associadas a essas trabalhadoras. Nessa conjuntura, o agravamento das consequências da infecção pela Covid-19 fica evidenciado pelas desigualdades às quais elas estão expostas: a necessidade de trabalhar e se expor para gerar sustento à família; a impossibilidade de manter reservas econômicas devido aos baixos salários; o medo de demissão; a falta de outra fonte de renda; e a baixa escolaridade. Em um contexto como o atual, estar grávida é apenas mais um

dos fatores que determinam vivências de vulnerabilidades interseccionais.

Faz-se necessário que políticas públicas interseccionais sejam elaboradas e aplicadas, para que a sociedade disponha de recursos para atender e zelar pela saúde das mulheres. Quais políticas seriam essas? Idealmente, os recursos, os bens e os serviços devem ser mais bem distribuídos em uma sociedade mais igualitária, ou seja, uma mudança de conjuntura com perspectivas múltiplas se faz necessária, com a ideia de que a violência ocorre de maneira coletiva, mas também individualizada e interseccional.⁴⁸

Ainda assim, neste momento de pandemia, as medidas precisam ser diretas e assertivas. Para compreender o que se faz necessário neste cenário, devem ser desenvolvidas ações do governo em parceria com as comunidades e com líderes comunitários, com a participação representativa e política das mulheres. Sugere-se utilizar os recursos humanos e materiais já disponíveis, como cadastros sociais (CRAS), cadastros de saúde e busca ativa dos agentes comunitários de saúde em parceria, por exemplo, com as unidades básicas e de atenção a famílias. Deve-se identificar as reais necessidades e procurar parcerias, ainda que público-privadas, para saná-las imediatamente, garantindo às mulheres moradia adequada, serviços essenciais e alimentação durante e após a pandemia. Para além dessas medidas, a noção de que as necessidades são distintas de acordo com o gênero,

a classe social e a raça/etnia deve estar presente em todas as pautas e as ações diretas e indiretas, destacando a relevância desses aspectos para compreender a desigualdade a partir de uma ótica múltipla.⁴⁸

As mulheres, durante o período gravídico puerperal, mantêm seu direito a receberem cuidados de saúde respeitosos e a não estarem sujeitas a políticas e práticas que resultem em violação de seus direitos humanos. Apesar da pandemia demandar ajustes e mudanças referentes à organização da prestação de cuidados, as medidas devem continuar respeitando os direitos das mulheres e sua autonomia, utilizando-se das melhores práticas clínicas para a formulação de políticas e de diretrizes relacionadas à prestação de cuidado humanizado.³⁹

É importante que, no contexto atual, não haja descontinuidade da assistência obstétrica habitual, mantendo-se todos os atendimentos essenciais nas Unidades Básicas e nas maternidades, facilitando o acesso das gestantes aos serviços de saúde, assegurando os recursos necessários para o cuidado, as ações de planejamento familiar e o aborto previsto em lei.⁴⁰ Além disso, garantir a testagem universal das mulheres pode ajudar na mensuração do impacto da pandemia, principalmente nas mais vulneráveis, reduzindo, assim, os riscos e a morbimortalidade.⁴⁹

Uma agenda interseccional de cuidado à saúde das mulheres durante a pandemia exige, portanto, esforço coletivo, coordenado, intersetorial e, preferencialmente, gerido por

mulheres de diversas comunidades, com conhecimento de seus contextos e necessidades, incentivadoras do empoderamento como um processo de transformação social e como instrumento de luta pela emancipação e pela erradicação das desigualdades.⁵⁰ Não há possibilidade de se criar essa agenda sem a participação ativa dos grupos de mulheres mais vulneráveis, pois elas necessitam mais dessas transformações, as quais, por fim, podem impulsionar a sociedade como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os determinantes e as iniquidades em saúde elaboram o contexto necessário para compreender as dificuldades, as desigualdades e as vulnerabilidades que a população brasileira enfrenta. Neste momento atípico que é a pandemia da Covid-19, várias dessas desigualdades são agravadas. Comunidades marginalizadas e de classe social mais baixa enfrentam batalhas diárias para ter acesso a condições básicas, como alimentação, água potável, saneamento básico e acesso à saúde, demonstrando que as desigualdades sociais influenciam no estado de saúde-doença, assim como aumentam as chances de pessoas pobres terem taxa de morbimortalidade maior na pandemia.

As desigualdades e a vulnerabilidade na assistência à saúde das mulheres gestantes são relacionadas a fatores que

permeiam raça e etnia, os quais podem corroborar a precarização do acesso igualitário e universal aos cuidados, principalmente no momento de pandemia. Em especial, o racismo estrutural da sociedade brasileira influencia diretamente no acesso à saúde dessa população e na qualidade dos cuidados recebidos, determinando processos de saúde e doença de maior risco. Essa situação se mantém no que diz respeito às gestantes negras, tornando-as sujeitos ainda mais vulneráveis aos agravamentos pela Covid-19. Além disso, ressalta-se que as gestantes negras são o grupo com maior risco de sofrer violência obstétrica, o que pode impactar, cada vez mais, de forma conjunta, os índices de morbimortalidade materna brasileiros.

Finalizamos destacando as desigualdades e as vulnerabilidades sociais à saúde dos povos originários. Territórios constantemente violados, tensões permanentes, direitos negados e precárias situações de vida fazem das gestantes, das parturientes e das puérperas indígenas mulheres extremamente vulneráveis ao coronavírus. A não adesão ao pré-natal, quase sempre inviabilizado pelas barreiras geográficas e culturais, levam a contextos de gravidade durante a gestação, de prematuridade, de baixo peso ao nascer, de anemia e de desnutrição, condições invisibilizadas por um Estado brasileiro incapaz de produzir saúde para todos e para todas.

Em meio a uma pandemia em que os números relacionados à transmissão e à letalidade em mulheres gestantes

são maiores no Brasil do que em outros países atingidos, é preciso refletir seriamente sobre o quanto esses índices estão relacionados à desigualdade social e, em especial, ao acesso desigual aos serviços de saúde. Os números alarmantes de morte materna e perinatal não são apenas percentuais de risco biológico, mas também evidenciam como as disparidades sociais podem determinar quem vive e quem morre, vislumbrando um país ainda significativamente marginalizado no que diz respeito ao desenvolvimento humano e social. Para uma agenda interseccional, é preciso, antes de tudo, escancarar o quanto essas interseccionalidades determinam os modos de viver e de se expressar em sociedade.

É necessário o investimento do Estado para a promoção efetiva de medidas interseccionais, para a construção de políticas públicas de saúde que tornem essas diferenças e vulnerabilidades visíveis. Assim, seriam construídas ações que visassem a diminuir as desigualdades existentes na sociedade, garantindo o direito à saúde de forma integral. Para pensar em ações efetivas para as mulheres gestantes e puérperas durante a pandemia, é preciso olhar para todas as mulheres, com as suas diferenças e com os determinantes interseccionais transformadores de suas vidas, oportunizando espaços de fala e de construção. Como Angela Davis⁵¹ menciona em vários de seus escritos, a partir dessas ações, poderemos movimentar toda a estrutura social, a partir de sua base, desestabilizando a

pirâmide e construindo uma nova maneira feminista de cuidar da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Souza LB, Fiorati RC, Cândido FCA, Silva LNF, Ramos DAC *et al.* As iniquidades sociais no cotidiano da Atenção Primária à Saúde e a intersetorialidade para enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. *Investigação Qualitativa em Saúde* [periódico na Internet]. 2018 Jul 05 [acesso em 2020 Jun 30]; 2 (2): 980-9. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1870>.
2. Ribeiro F, Leist A. Who is going to pay the price of COVID-19? Reflections about an unequal Brazil. *International Journal for Equity in Health* [periódico na Internet]. 2020 Jun 08 [acesso em 2020 Jun 30]; 19 (91): [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01207-2>.
3. Macedo YM, Ornellas JL, Bomfim HF. Brazilian public health and COVID-19: what the brazilian population expects. *Brazilian Journal of Policy and Development* [periódico na Internet]. 2020 Jun 30 [acesso em 2020 Jul 02];

2 (2): 128-38. Disponível em: <https://www.brjpd.com.br/brjpd/article/view/34/25>.

4. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas* [periódico na Internet]. 2002 Jan [acesso em 2020 Jun 30]; 10 (1): 171-88. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

5. Souza DO, Silva SEVI, Silva NO. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". *Saúde e Sociedade* [periódico na Internet]. 2013 Mar [acesso em 2020 Jun 30]; 22 (1): 44-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100006&lng=en.

6. News, ONU. COVID-19 deve reverter décadas de progresso contra pobreza entre mulheres. *Perspectivas Global Reportagens Humanas* [site on-line]. 2020 [acesso em 2020 Out 29]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/09/1725032>.

7. Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. *Trabalho*,

Educação e Saúde [periódico na Internet]. 2020 Maio 29 [acesso em 2020 Jun 29]; 18 (3): e00278110. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso.

8. UNA-SUS. Organização Mundial da Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. [*homepage* on-line]. 2020 [acesso em 2020 Jul 06]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>.

9. Cavalcante JR, Abreu AJL. COVID-19 no município Rio de Janeiro: distribuição espacial dos primeiros casos e óbitos confirmados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [periódico na Internet]. 2020 Jun 03 [acesso em 2020 Jun 28]; 29 (3): e2020204. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Dg6LJRhyfqzTRgKyq3Wx9Lz/?lang=pt>.

10. Brasil. Ministério da Saúde [*homepage* on-line]. O que é COVID-19. 2020 [acesso em 2020 Jul 06]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>.

11. Santos JPC, Siqueira ASP, Praça HLF, Albuquerque HG. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma

análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2020 Maio 18 [acesso em 2020 Jun 28]; 63 (5): e00075720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00075720>.

12. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate* [periódico na Internet]. 2015 Set [acesso em 2020 Out 29]; 39 (106): 841-54. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300841&script=sci_abstract&tlng=pt.

13. Sousa JL, Alencar GP, Antunes JLF, Silva ZP. Marcadores de desigualdade na autoavaliação de saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. *Caderno de Saúde* [periódico na Internet]. 2020 Maio [acesso em 2020 Jul 18]; 36 (5): e00230318. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00230318>.

14. Buss PM, Filho AP. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 Ago 08 [acesso em 2020 Jul

18]; 22 (9): 2005-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>.

15. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). 2010 [acesso em 2020 Out 29]. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

16. Laborde D, Martin W, Vos B. Poverty and food insecurity could grow dramatically as COVID-19 spreads. IFPRI Blog [*blog on-line*]. 2020 [acesso em 2020 Out 29]. Disponível em: <https://www.ifpri.org/blog/poverty-and-food-insecurity-could-grow-dramatically-covid-19-spreads>.

17. Souza CDF, Machado M.F. Carmo RF. Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. Infectious Diseases of Poverty [periódico na Internet]. 2020 Ago 31 [acesso em 2020 Out 29]; 9 (124): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00743-x>.

18. Rafael RMR, Neto M, Depret DG, Gil AC, Fonseca MHS *et al.* Efeito da renda sobre a incidência acumulada de

COVID-19: um estudo ecológico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2020 Jun 26 [acesso em 2020 Out 29]; 28: e3344. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4475.3344>.

19. Santos JAF. COVID-19, causas fundamentais, classe social e território. *Trabalho, Educação e Saúde* [periódico na Internet]. 2020 Maio 29 [acesso em 2020 Jul 18]; 18 (3): e00280112. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280>.

20. Decerf B, Ferreira FHG, Mahler DG, Sterck O. Lives and Livelihoods: Estimates of the Global Mortality and Poverty Effects of the COVID-19 Pandemic. *Open Knowledge Repository* [periódico na Internet]. 2020 Dez 17 [acesso em 2020 Out 29]; [aproximadamente 39 p.]. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33938>.

21. Bartley, M. *Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods*. 2. ed. Cambridge, UK; Malden, MA, USA: Polity Press, 2017. 244 p.

22. Adhikari S, Pantaleo NP, Feldman JM, Ogedegbe O, Thorpe L *et al*. *Assessment of Community-Level Disparities*

in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infections and Deaths in Large US Metropolitan Areas. JAMA Network Open [periódico na Internet]. 2020 Jul 28 [acesso em 2020 Out 29]; 3 (7): e2016938. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7388025>.

23. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta BL, Leite IC. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. Cadernos de Saúde Pública [periódico na Internet]. 2020 Jul [acesso em 2020 Jul 18]; 36 (7): e00120020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120020>.

24. Rodrigues VP, Oliveira IC, Chaves GLD, Aquino ELC, Viegas CV. Resposta à pandemia em comunidades vulneráveis: uma abordagem de simulação. Revista de Administração Pública [periódico na Internet]. 2020 Ago 28 [acesso em 2020 Out 29]; 54 (4): 1111-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200250>.

25. Garcia T. O Pós-COVID-19 nas Favelas e Periferias: Novos Paradigmas Sociais e Econômicos. Rio on Watch [site on-line]. 2020 [acesso em 2020 Out 29]. Disponível em: <https://riononwatch.org.br/?p=50066>.

26. Kilombola G. Memórias da plantação: memórias de racismo cotidiano. Cobogó, 2020.
27. Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate* [periódico na Internet]. 2019 Nov 25 [acesso em 2020 Jul 19]; 43 (112): 939-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912222>.
28. Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN* [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Jun 30]; 11 (2): 163-73. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2157>.
29. Assis JF. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 Jun 30]; (133): 547-65. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300547&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

30. Teixeira KKS, Carvalho KMG, Medeiros AA, Barbosa IR. Indicadores de casos e óbitos por COVID-19 e sua relação com fatores contextuais: um estudo ecológico na cidade de Natal-RN. *Brazilian Journal of Development [periódico na Internet]*. 2020 [acesso em 2020 Jul 02]; 6 (6): 40689-703. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12179/10216>.
31. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [periódico na Internet]*. 2007 Abr [acesso em 2020 Out 29]; 17 (1): 77-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
32. Collins PH. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. *Parágrafo [periódico na Internet]*. 2017 [acesso em 2020 Jun 30]; 5 (2): 6-17. Disponível em: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559>.
33. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MMR *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics [periódico na Internet]*. 2020 Jul 09 [acesso em 2020 Out

29] 151 (1): 154-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>.

34. Li N, Han L, Peng M, Lv Y, Ouyang Y *et al.* Maternal and Neonatal Outcomes of Pregnant Women With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pneumonia: A Case-Control Study. Oxford University Press [periódico na Internet]. 2020 Nov 19 [acesso em 2020 Out 29]; 71 (16): 2035-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa352>.

35. Santos SB, Caldwell KL. A emergência da política interseccional de saúde no Brasil: perspectivas sobre raça e gênero [resenha on-line]. 2018 [acesso em 2020 Jun 30]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/770/77055186010/html/index.html>.

36. Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2018 Nov [acesso em 2020 Jul 20]; 23 (11): 3505-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.

37 Alliance, The White Ribbon. Respectful Care During Labor and Childbirth. [site on-line] 2020 [acesso em 2020

Out 29]. Disponível em: <https://www.whiteribbonalliance.org/2018/12/03/respectful-care-during-labor-and-childbirth/>.

38. Vedam S, Stoll K, Taiwo T, Rubashkin N, Cheyney M *et al.* The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health* [periódico na Internet]. 2019 Jun 11 [acesso em 2020 Out 29] 16 (77): [aproximadamente 18 p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>.

39. Reingold RB, Barbosa I, Mishori R. Respectful maternity care in the context of COVID-19: A human rights perspective. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [periódico na Internet]. 2020 Set 18 [acesso em 2020 Out 29]; 151 (3): 319-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13376>.

40 Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Pacagnella RC, Takemoto MLS, Penso FCC *et al.* COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. *Femina* [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Out 29]; 48 (8): 496-8. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118623/femina-2020-488-496-498.pdf>.

41. Medina ABC, Penna LHG. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. Escola Anna Nery [periódico na Internet]. 2009 Nov 27 [acesso em 2020 Jun 28]; 12 (4):794-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400026>.
42. Cupertino GA, Cupertino MC, Gomes AP, Braga LM, Batista RS. COVID-19 and Brazilian Indigenous Populations. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Jun 28]; 103 (2): 609-12. Disponível em: http://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.20-0563;jsessionid=FN_GTfgw8GYVs97QopvZ5IT0.ip-10-241-1-122.
43. Gutierrez F. [homepage da Internet] 81 mil indígenas estão em situação de vulnerabilidade crítica em caso de exposição a COVID-19, diz estudo. 2020 [acesso em 2020 Jun 30]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/23/81-mil-indigenas-estao-em-situacao-de-vulnerabilidade-critica-em-caso-de-exposicao-a-covid-19-diz-estudo.ghtml>.
44. Pontes AL, Alarcon DF, Kaingang JD, Santos RV. Vulnerabilidades, impactos e o enfrentamento ao COVID-19 no contexto dos povos indígenas: reflexões para a ação.

Fundação Oswaldo Cruz [artigo on-line]. 2020 [acesso em 2020 Ago 12]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41196/2/VulnerabilidadesPovosIndigenas.pdf>.

45. Azevedo M. Marta Azevedo, pesquisadora do NEPO, em entrevista ao Direto na Fonte da TV Unicamp. COCEN. [vídeo]. 2020 [acesso em 2020 Jul 26]. Disponível em: <https://www.cocen.unicamp.br/noticias/id/591/marta-azevedo-pesquisadora-do-nepo-em-entrevista-ao-direto-na-fonte-da-htt-unicamp>.

46. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM *et al.* Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2019 Ago 19 [acesso em 2020 Jul 20]; 35 (3): e00181318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00181318>.

47. Akotirene C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

48. Alonso A. A introdução da interseccionalidade em Portugal: Repensar as políticas de igualdade(s). *Revista*

Crítica de Ciências Sociais [periódico na Internet]. 2012 Out 15 [acesso em 2020 Jul 26]; 90: [aproximadamente 18 p.].

Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/1760>.

49. Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Magalhães CG *et al.* Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. Cadernos de Saúde Pública [periódico na Internet]. 2020 Ago [acesso em 2020 Out 29]; 36 (8): e00164820.

Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1137/testagem-universal-de-covid-19-na-populacao-obstetrica-impactos-para-a-saude-publica>.

50. Berth J. O que é empoderamento. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

51. Alves A. Angela Davis: “Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela”. El País. [homepage on-line] Salvador, 27 de Julho de 2017 [acesso em 2020 Jul 20]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/07/27/politica/1501114503_610956.html.

DIREITOS DAS MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA: DESAFIOS AO CUIDADO HUMANIZADO

Caroline Engster da Silva

Juliana Silva Gomes

Rafaela Silva Pereira

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação de políticas públicas específicas, foram concretizados os direitos sociais. Estes devem ser apontados como fundamentais para a atenção na área da saúde das mulheres. Entretanto, enfatizam-se os desafios que ainda perduram: mortes evitáveis de mulheres; criminalização do

aborto; lenta queda da razão de mortalidade materna; altas taxas de cesarianas; violência obstétrica; e necessidade de superar o modelo de medicalização.¹ Diante disso, é necessário enfatizar que “toda mulher e seu recém-nascido têm direito a tratamento com compaixão, dignidade e respeito”,² e devemos auxiliar para que todo o processo aconteça da forma mais humana e correta possível.

Em meio à pandemia da Covid-19, torna-se importante discutir sobre os desafios para o cuidado humanizado a mulheres. Em função das limitações que a crise sanitária e humanitária impõe, pode haver maior dificuldade para que as escolhas de cuidado sejam acolhidas e respeitadas, bem como os direitos assegurados. Além disso, devido às desigualdades sociais, regionais, de gênero e étnico-raciais que marcam o Brasil, encontram-se diversos obstáculos para o acesso aos serviços de saúde. Essas dificuldades estão em contraponto à ideia de que toda mulher tem o direito à informação, ao (não) consentimento e ao respeito e à defesa de suas escolhas.^{1,3}

Dessa forma, há pontos que devem ser levantados e enfatizados, pois existem direitos passíveis de retrocesso durante momentos de crises. Nesse viés, deve-se atentar para o respeito à autonomia das mulheres e a manutenção da sua integridade física e emocional.² Além disso, a incerteza causada pela pandemia tem impacto na qualidade da atenção e gera maior abertura para procedimentos realizados sem indicação

clínica ou obstétrica e para violência de gênero, especialmente a obstétrica e a institucional.

Essas ações podem repercutir de forma negativa na experiência reprodutiva e na saúde das mulheres, dos bebês e de suas famílias, gerando consequências de natureza social, estrutural, cultural, emocional e econômica devido às demais implicações da pandemia na sociedade. Estas podem comprometer a experiência de parto e remetem à urgente necessidade de correção de desigualdades de gênero que afetam a vida das mulheres.¹

Todas as mulheres têm direito a receber atenção qualificada em uma rede de cuidado à saúde, a qual deve garantir o acesso, considerando a integralidade, a universalidade e a humanização. Logo, é importante ressaltar que o foco está em garantir melhor qualidade à gestação de alto risco, reduzir o índice de morbimortalidade materna e neonatal e incluir atendimentos específicos às gestantes em locais seguros, priorizando centros de partos normais e maternidades nos casos de baixo risco, principalmente diante de um cenário de alta complexidade que vigora em meio à pandemia da Covid-19.^{3,4,5}

Diante da Recomendação N° 039, de 12 de maio de 2020, gestantes e puérperas fazem parte do grupo de risco para a Covid-19, pois elas estão mais vulneráveis aos efeitos do vírus, visto que são mais suscetíveis a infecções no geral.⁶ Dessa forma, os cuidados devem ser redobrados para evitar contaminação,

pois, como qualquer doença sistêmica, pode comprometer a saúde fetal e materna. Em resposta a esse contexto, organismos internacionais e grupos da sociedade civil acabaram por incluir nos cuidados a mulheres a adoção de políticas e de práticas destinadas a reduzir os riscos de propagação da doença, com base em evidências pouco robustas, o que, infelizmente, exacerbou as experiências negativas das mulheres, em especial as de gestantes.⁷

Assim, em decorrência da pandemia da Covid-19, da fragilidade enfrentada pelos serviços de saúde e da possibilidade de ataques aos direitos garantidos, ressalta-se a importância da manutenção da humanização do cuidado. Por isso, este capítulo foi escrito e organizado a fim de informar a todas e a todos sobre os direitos reprodutivos e sociais das mulheres durante a reprodução, a gestação, o parto e o puerpério, de forma que lhe seja garantido atendimento humanizado em todos os momentos, principalmente durante a pandemia da Covid-19 e outras crises sanitárias.

DIREITOS ASSEGURADOS ÀS MULHERES DURANTE GESTAÇÃO

Após a confirmação de gravidez, toda mulher tem direito ao acompanhamento especializado assegurado pela

Lei n. 9.263,⁸ de 1996. Essa lei determina que as instâncias do SUS têm obrigação de garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, os quais incluem como atividades básicas a assistência à concepção e à contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Mesmo em momentos de crise humanitária, o pré-natal não deve ser ignorado, e o SUS tem o compromisso de continuar atendendo as gestantes. O acompanhamento do pré-natal deve iniciar assim que a mulher descobrir a gestação.^{9,10} A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que sejam realizadas, no mínimo, oito consultas pré-natal,¹¹ indicando que esse seria o número ideal para garantia da qualidade do cuidado, enquanto o Ministério da Saúde recomenda no mínimo seis consultas.^{9,10}

Durante a pandemia, os serviços de saúde podem ficar sobrecarregados pela emergência social, no entanto, não podem deixar de realizar atendimentos fundamentais, tais como o pré-natal, considerado serviço essencial em saúde. As consultas de pré-natal devem ser mantidas, já que visam a manter a saúde materno-fetal, sendo que a regularidade deve acontecer de forma que garanta o cuidado adequado e individualizado a cada mulher, sem que ocorra excesso de visitas e aglomeração de pessoas, evitando o aumento do risco de contato com indivíduos acometidos pela Covid-19. Contatos por telefone com a unidade de saúde e telemonitoramentos – realizados por profissionais da

saúde habilitados e com experiência no atendimento da díade mãe-bebê – também são opções possíveis de serem adotadas em tempos de pandemia.¹² Abordagens alternativas para o cuidado pré-natal, incluindo espaçamento adicional dos horários de consultas presenciais e redução do número de visitas pessoais dos pacientes, podem ser pensados, bem como a inclusão de teleconsultas para gestação de risco habitual.^{7,13}

Pacientes com suspeita ou confirmação de diagnóstico de Covid-19 e já em acompanhamento devem ter suas consultas e exames de rotina agendados para quando finalizar o período de isolamento recomendado (14 dias), garantindo o atendimento com equipamentos de proteção individuais adequados a cada cenário clínico, buscando evitar o aumento da disseminação da Covid-19.¹⁴ Nesses casos, a gestante deve entrar em contato com a sua unidade de saúde de referência, para que seja avaliado seu caso individualmente. Quando possível, a vacinação será feita em domicílio para evitar exposição.¹⁵ As mulheres gestantes com síndrome gripal devem obrigatoriamente manter o acompanhamento pela equipe de saúde, sendo viabilizado um canal de contato rápido, consultas domiciliares ou agendamentos especiais em horários e locais diferentes, caso haja necessidade.¹⁶

Durante todo o acompanhamento pré-natal, a gestante tem direito a um acompanhante de sua escolha, sem qualquer restrição de gênero ou parentesco, sendo possível levar o companheiro (que não necessariamente é o pai do bebê)

ou a companheira, uma amiga, a mãe ou o pai, um irmão, entre outros. Essa regra se mantém inclusive quando o pai do bebê é menor de idade e quando a gestante é menor de idade.^{9,10} Restrições referentes à presença do acompanhante durante os atendimentos, em especial de trabalho de parto e parto, no início da pandemia, não demonstraram melhoras de resultados referentes ao parto e à exposição ao vírus. Por isso, as restrições foram abolidas, devendo a presença do acompanhante ser encorajada pela equipe de saúde, orientando-se sobre os procedimentos de biossegurança necessários.^{7,17}

A importância da manutenção do direito ao acompanhante é diretamente relacionada a experiências positivas no trabalho de parto e no parto, pois essa pessoa aprende, tanto quanto a gestante, como reconhecer esse processo e como auxiliar, promovendo conforto físico e emocional. Além disso, durante o pré-natal, o/a acompanhante aprende a ajudar a mulher a lidar com as mudanças da gestação mais tranquilamente¹⁸ – prática a ser mantida durante a pandemia.

A Rede Cegonha recomenda a vinculação da mulher à maternidade, uma ação que determina a instituição na qual ela vai parir e garante o direito ao atendimento no pré-parto, no parto e no puerpério. A Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, assegura à mulher o direito de conhecer e se vincular antecipadamente à maternidade da qual receberá assistência.¹⁹ A visita à maternidade, preferencialmente, deve

ser agendada por telefone, e a mulher tem o direito de levar um acompanhante de sua escolha.²⁰ Os serviços de saúde devem reorganizar-se para que esse direito se mantenha durante a pandemia, obviamente respeitando as orientações e as normas de segurança e de prevenção da Covid-19.

Além disso, é importante que a gestante tenha uma rede de apoio durante todo o período que envolve a gestação, o parto e o puerpério. Nessa rede, incluem-se a família, a unidade de saúde de referência, os profissionais da saúde que a acompanham, os amigos e os grupos de apoio. Os grupos de apoio podem ser encontrados por meio de centros de referência de saúde e até mesmo pela Internet. Nesses grupos, as mulheres trocam experiências, conversam sobre gestação, parto, amamentação, maternidade, servindo também como apoio emocional. Como os grupos presenciais de apoio não estão ocorrendo, é importante estimular os encontros virtuais, os grupos por aplicativos de celular e outras maneiras de manter o apoio contínuo.

Por fim, destacam-se os direitos trabalhistas das mulheres gestantes, os quais se mantêm idênticos durante a pandemia, sendo eles: estabilidade no emprego;²¹ dispensa do horário de trabalho para a realização de no mínimo seis consultas pré-natal e/ou exames complementares; e mudança de função ou setor no trabalho durante a gestação.²² Em tempos de emergência social, com índices de desemprego aumentados, com

maior vulnerabilidade das mulheres no mercado de trabalho e com riscos ocupacionais consideráveis, é preciso garantir que os direitos trabalhistas sejam respeitados, protegendo as gestantes e suas famílias.

DIREITOS ASSEGURADOS ÀS MULHERES DURANTE O PARTO E O NASCIMENTO

O parto é um momento único para cada mulher e deve ocorrer com o máximo de segurança sempre. Este momento de pandemia pode ser considerado uma porta de entrada para o aumento da violência obstétrica, levando em conta que a gestante se encontra mais fragilizada pelo tabu que se cria em relação ao parto e pelo medo de contrair coronavírus. As implicações dessas violações dos direitos à saúde podem ter consequências duradouras para a saúde, o bem-estar e a dignidade das mulheres.⁷

Nesse cenário, acredita-se que o plano de parto é fundamental para a comunicação entre a gestante, o seu/a sua acompanhante e os profissionais de saúde, com vistas a reforçar, garantir e proteger os direitos da gestante e do bebê em meio à pandemia da Covid-19. O planejamento inclui tudo aquilo que for o desejo da gestante em relação à assistência, levando em consideração que o trabalho de parto é um evento

dinâmico e está sempre sujeito a mudanças repentinas no seu processo.¹⁰ Devido à situação pandêmica, o plano de parto pode sofrer influência; por isso, é importante que as mulheres conversem com os profissionais de saúde que acompanham o pré-natal para que se decida, em conjunto e com base na dupla escolha e ciência, o que pode ser adicionado ou modificado com segurança. Cabe salientar que, fora a preocupação com o distanciamento social, não existem procedimentos específicos para mulheres gestantes sem risco epidemiológico.¹⁴

O plano de parto pode funcionar como um mecanismo de proteção das mulheres contra a violência obstétrica. Esse tipo de violência pode ocorrer na gestação, no parto, no puerpério e no abortamento, podendo ser física, verbal, psicológica, sexual e/ou simbólica. Milhares de mulheres sofrem esse tipo de violência sem saber. Por isso, a informação deve ser disseminada para que as mulheres e os/as acompanhantes saibam identificar e denunciar.²³

Dentre as principais violências obstétricas praticadas no Brasil, podemos destacar:

- Ameaças, gritos, piadas e xingamentos;
- Realização de procedimentos sem comprovada evidência científica, tais como episiotomia, lavagem intestinal, corte dos pelos pubianos, restrição alimentar,

negativas de mobilização, cesariana imposta e/ou sem padrões clínicos-obstétricos de escolha, entre outros;

- Realização de procedimentos sem consentimento esclarecido ou não autorizados pela mulher;
- Omissão de informações, desconsideração dos padrões e dos valores culturais e divulgação pública de informações que possam expor ou insultar a mulher;
- Não recebimento de alívio para a dor, mesmo quando solicitado.

Qualquer procedimento, fala ou proibição que seja imposto à mulher de forma a ignorar sua vontade e sua autonomia é considerado violência obstétrica. Para denunciar, a mulher, o/a acompanhante ou outra pessoa que tenha presenciado a violência deve entrar em contato com a ouvidoria do serviço de saúde, a secretaria municipal/estadual/distrital, o conselho de classe (Conselho Regional de Medicina, quando por parte de profissional médico, Conselho Regional de Enfermagem, quando por enfermeiro ou técnico de enfermagem) e a Central de Atendimento à Mulher (180) ou o Disque Saúde (136).²³

No cenário da pandemia da Covid-19, uma violência obstétrica que foi alvo de diversas denúncias pelo país inteiro

foi a restrição de entrada de acompanhante. No entanto, a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, mais conhecida como Lei do Acompanhante, determina que a mulher tem direito a acompanhante durante todo o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. A lei continua sendo válida na pandemia, e o/a acompanhante pode ser impedido de entrar apenas se tiver sintomas de infecção pela Covid-19 ou caso tenha tido contato com uma pessoa sintomática. Nesse caso, a gestante tem direito a escolher outro acompanhante.²⁴

O/A acompanhante não toma nenhuma decisão pela mulher, mas pode ajudá-la a tomar decisões. Seu papel principal é promover conforto e segurança para a mulher, além de ser uma fonte de apoio e força, capaz de amenizar a sensação de solidão que muitas mulheres sentem nesse momento, tendo em vista que se encontram em um local no qual não estão acostumadas a ficar e com pessoas com as quais não têm intimidade.²⁵ A OMS enfatiza que, para uma experiência de parto segura no contexto da Covid-19, é indicado que haja “acompanhante de escolha da mulher presente durante o parto”.¹³

O distanciamento social é uma ação efetiva para o controle da transmissão, sendo recomendado durante o trabalho de parto. Isso significa a restrição temporária da presença de doulas, que podem auxiliar e aconselhar antecipadamente o/a acompanhante e demais visitas. As doulas são figuras importantes no cenário do parto e do nascimento, e isso não

deve ser ignorado em meio à pandemia. A presença dessa profissional é associada a maior satisfação do trabalho de parto e do parto pela mulher, maior apoio físico e mental. Elas também fornecem mais informações para a gestante acerca dos processos fisiológicos envolvidos em toda essa trajetória.²⁶

No entanto, em coerência às evidências científicas sobre a transmissão da Covid-19, as quais sugerem o distanciamento social como a melhor forma de combate à infecção, considera-se o momento atual como não adequado para a presença de doulas junto às mulheres. Sugere-se que as mulheres e suas famílias dialoguem com essas profissionais, buscando auxílio e aconselhamento antecipadamente para si e para o/a acompanhante, potencializando as suas ações durante o trabalho de parto e o parto. Também, é possível realizar participação de forma virtual, a partir da utilização de aplicativos de conversa, principalmente nos partos de risco habitual, devendo ser combinado previamente com a mulher e seu/sua acompanhante. Assim, pode-se manter a presença essencial das doulas, reconhecendo o diferencial dessa atuação para uma experiência positiva de parto, mas protegendo as mulheres e suas famílias de riscos adicionais, bem como protegendo a própria figura da doula.

Em relação ao tipo de parto em grávidas com suspeita de infecção ou com Covid-19, deve-se manter a orientação das características clínicas maternas e fetais como qualquer outra situação de gravidez. O fato de haver contaminação não deve

influenciar de forma isolada a escolha ou a determinação do tipo de parto e nascimento, podendo ser avaliada a realização de parto vaginal ou cirurgia cesariana com base nas indicações clínico-obstétricas.¹⁴ Assim, sintomas ou diagnóstico da Covid-19 não são indicativos para a realização de cesárea. Indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas sem indicação clínica-obstétrica são intervenções não recomendadas, estando associadas a danos significativos e não impactando nas questões referentes à transmissão e à infecção por SARS-CoV-2, mesmo em mulheres grávidas com a doença ou com suspeita.^{7,13,27}

O medo e a insegurança atrelados à pandemia tornam difícil a tomada de decisões. A assistência obstétrica no Brasil é predominantemente hospitalizada e medicalizada. Além disso, mais de 99% dos nascimentos ocorrem em ambiente hospitalar, e os índices de cesariana são superiores a 50%. Com isso em mente, mulheres e bebês podem estar sendo expostos a riscos aumentados de maneira desnecessária, contribuindo para as altas taxas de prematuridade iatrogênica e de mortalidade materna. Reconhece-se que, no início da pandemia, certas intervenções médicas eram mais prováveis de serem realizadas em mulheres que eram positivas para SARS-CoV-2 durante o trabalho de parto e o parto, sem justificativa médica clara, o que impacta diretamente nos desfechos perinatais e maternos.

Portanto, o diálogo entre a gestante, seu/sua acompanhante e a equipe de saúde que a acompanha é essencial

para que sejam dadas orientações e para que se minimizem receios e medos. A gestante e o/a acompanhante podem fazer qualquer pergunta a qualquer momento para a equipe. O direito à informação requer o fornecimento de informações baseadas em evidências sobre todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva, incluindo serviços de assistência à maternidade, o que deve ser mantido durante a pandemia.⁷

A mulher não pode ficar sem orientação. Ela possui o direito de saber tudo que está acontecendo com o próprio corpo e de tomar decisões baseadas em evidências científicas. Atitudes que comprometam a decisão das mulheres – tais como agendamento de cesárea sem recomendação baseada em evidências, impedimento da entrada do/da acompanhante, realização de procedimentos que incidam sobre o corpo sem autorização prévia ou que interfiram, causem dor ou dano físico, coerções verbais e impedimento ou retardo do contato com o bebê logo após o parto – são casos de violência obstétrica graves e precisam ser denunciados.

Por conta dos riscos adicionais que a gestante corre neste período de crise humanitária – tanto riscos em relação à Covid-19 quanto em relação ao possível aumento da violência obstétrica e da privação de direitos –, muitas mulheres que podem, economicamente, têm recorrido ao parto domiciliar. Esse serviço ainda não está disponível pelo SUS, e os valores das equipes costumam ser elevados, elitizando o acesso a

profissionais qualificados e tornando-se um produto de consumo para poucas. O parto domiciliar costuma atender melhor às expectativas da parturiente que, geralmente, contrata o serviço a fim de evitar a violência obstétrica.²⁸ Apenas gestantes de risco habitual podem ter seu parto domiciliar, e a equipe deve ser composta de profissionais capacitados, como enfermeiras obstétricas ou obstetizas, médicos e doula.²⁸ O contexto da pandemia tem reforçado o debate sobre a importância de maiores informações a respeito do parto domiciliar, já que as mulheres têm reconhecido esse local como um espaço possível e seguro para parir seus filhos, o que precisa ser pensado como parte da política pública materno-infantil brasileira.²⁹

DIREITOS ASSEGURADOS ÀS MULHERES NO PÓS-PARTO E NO PUERPÉRIO

É imprescindível citar os direitos já amplamente garantidos às mulheres durante o período pós-parto, os quais, mesmo em tempos de pandemia, não devem ser desrespeitados e/ou negados – atitudes essas que devem ser denunciadas aos órgãos responsáveis. Durante o pós-parto, muitos são os direitos trabalhistas envolvidos, os quais, conforme já mencionado, precisam ser protegidos, para não aumentar os riscos e as vulnerabilidades das mulheres e de suas famílias.

Um dos primeiros direitos que deve ser lembrado ao falar do puerpério é a licença-maternidade. Toda mulher trabalhadora tem direito à licença-maternidade de 120 dias, garantida pela Constituição Federal de 1988, a qual pode ser solicitada entre o 28º dia antes da data prevista para o parto e a ocorrência deste, sem prejuízo do seu emprego ou do salário.³⁰ A duração da licença maternidade foi ampliada por 60 dias, desde que a empresa faça parte do Programa Empresa Cidadã (Lei 11.770, de 9 de setembro de 2008). O companheiro também tem direito à licença-paternidade de cinco dias, período muito debatido em pautas político-sociais, já que se discute amplamente a importância da paternidade participativa.

Além disso, as mulheres têm direito ao benefício do salário-maternidade durante o período de afastamento, o qual deve ser solicitado diretamente pela mulher ao empregador e pode ser feito via remota, sem a presença delas no local de trabalho. Microempreendedoras individuais, empregadas domésticas e mulheres que adotam crianças precisam solicitar diretamente ao INSS esse benefício, podendo ser feita a solicitação pelo telefone (135) ou pela Internet (<https://www.inss.gov.br/beneficios/salario-maternidade/>).^{30,31,32,33}

Após retornar ao trabalho, a mulher tem direito a duas pausas de trinta minutos cada, por jornada de trabalho, para amamentar o filho até que ele complete seis meses.³⁰ A mulher pode negociar com o empregador esse tempo, caso a empresa ou

o empregador seja sensível à temática relativa à amamentação, o que rotineiramente não é a realidade das mulheres trabalhadoras brasileiras. Na realidade, as mulheres acabam dependendo de familiares ou amigos que possam cuidar do bebê e levá-lo para essas duas pausas. Além disso, cada criança tem a sua própria demanda, ou seja, ela pode precisar ser amamentada mais do que as duas vezes previstas na lei, obrigando muitas mães a recorrerem aos leites complementares.

Infelizmente, nem a licença-maternidade nem a garantia de estabilidade são suficientes para manter as mulheres no emprego, pois metade delas são demitidas até dois anos depois da licença, como aponta um estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas.³⁴ Tendo em vista esse cenário, ainda é necessário implementar políticas públicas que auxiliem as mulheres a manterem o emprego por mais tempo ou a entrarem no mercado de trabalho. Quando se reflete sobre o contexto de crise econômica atual no país, percebe-se a gravidade dessa realidade de desmonte de direitos trabalhistas. Por isso, é de extrema relevância que mais mulheres participem da vida política e pública, já que a participação das pessoas mais afetadas em tais processos de formulação de políticas ajuda a promover e a garantir consideravelmente a representação das necessidades dos diversos segmentos sociais.

As mulheres mães que retornam ao trabalho precisam, também, de redes de apoio para os cuidados com a criança.

A Constituição de 1988 prevê a assistência gratuita aos filhos até os cinco anos em creches e pré-escolas, algo que ainda não funciona na prática.³⁵ Além disso, conforme a CLT prevê, toda empresa com mais de 30 funcionários é obrigada a dar assistência às mulheres que tenham filhos no período de amamentação. A Portaria do Ministério do Trabalho nº 670, de 1997, garante que essa exigência pode ser substituída por auxílio-creche.³⁴ No entanto, esses direitos se tornam inviáveis, já que não existe assistência às crianças na maioria das empresas e não existem creches públicas para todas as crianças que delas necessitam. Em todos os casos, a mulher pode denunciar no canal de denúncias trabalhistas on-line (<https://denuncia.sit.trabalho.gov.br>) ou pelo telefone 158.^{36,37} A denúncia é apenas o início e não pode ser desconsiderada como prática de luta pelos direitos sociais.

No que tange ao período do pós-parto mediato, ainda internada no hospital, existem medidas de cuidado a serem seguidas, mas as evidências atuais sugerem que recém-nascidos saudáveis apresentam baixo risco de infecção e que há benefícios na manutenção do contato pele a pele, na amamentação exclusiva e na permanência em alojamento conjunto, mesmo em momentos de pandemia. Quando houver suspeita ou confirmação diagnóstica de infecção pelo coronavírus, indica-se manter a mulher e o bebê em quarto separado para o isolamento, restringindo visitas.^{13,27} Não há indicações específicas para

postergar a alta hospitalar de mulher e recém-nascido, mesmo em casos confirmados para Covid-19, desde que ambos estejam clinicamente estáveis.²⁷

Após uma semana do nascimento do filho, a mulher e o bebê devem realizar a primeira consulta pós-parto na unidade de saúde de referência.¹⁰ Se o atendimento for negado, se os profissionais forem desrespeitosos ou se a mulher sentir que seu atendimento foi negligenciado, ela pode denunciar o fato pelo Disque Saúde (136), pela Internet ou presencialmente na secretaria da saúde de sua cidade.³⁸

O aleitamento materno exclusivo é um direito da puérpera e do recém-nascido, serviços como Banco de Leite Humano e profissionais da saúde não podem descontinuar o acesso à informação e ao auxílio para com aquelas que necessitam de suporte, mesmo durante a pandemia da Covid-19. A manutenção do aleitamento materno e do suporte às mulheres que amamentam é indicada pela OMS e pelo Ministério da Saúde.^{7,13,27}

Em alguns casos específicos, faz-se necessário interromper a amamentação e se recomenda que a mulher busque orientações e atendimento na sua unidade de saúde ou em um banco de leite humano próximo à sua casa. Na unidade de saúde, pode ser disponibilizada a fórmula infantil gratuitamente para bebês que realmente necessitam, como aqueles com mães portadoras do vírus HIV.³⁹ Além disso, crianças de até dois anos alérgicas à proteína do leite de vaca

têm acesso a fórmulas à base de soja de forma gratuita pelo SUS.⁴⁰ Todos esses direitos se mantêm durante a pandemia e são considerados serviços essenciais de saúde, não podendo ser descontinuados ou negados.

O período pós-parto é um momento de sentimentos intensos, necessitando de uma rede de apoio às mulheres para que possam dar continuidade aos cuidados com o recém-nascido, a família e ainda manter sua saúde mental. A rede de apoio da mulher, composta por amigos, familiares, profissionais e unidades de saúde, é fundamental como suporte físico e emocional. Mesmo as mães solo devem evitar ao máximo passar o puerpério sozinhas em tempos de pandemia, pois o estresse e os sentimentos gerados pelos lutos – luto da barriga, da liberdade, da autonomia, das formas do corpo etc. – precisam de um tempo para serem compreendidos. Todos esses sentimentos são normais, e a mulher pode ir até a unidade de saúde de referência e conversar com os profissionais de saúde sobre isso sempre que sentir necessidade, devendo esse atendimento ser mantido ou até possibilitado por meio de visitas domiciliares. Para evitar aglomerações, as quais ocasionam riscos para o binômio mulher-bebê, pode-se propor videochamadas com familiares e amigos, visitas domiciliares de agentes comunitários e profissionais de saúde das unidades de referência, contato telefônico mais frequente pela unidade de saúde e contatos via redes sociais.

DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Desde que a pandemia da Covid-19 foi declarada, no dia 11 de março de 2020,³ os serviços de saúde no Brasil, inclusive os relacionados aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, enfrentam situações que agravam suas fragilidades, evidenciando, ainda mais, determinantes sociais de saúde como desigualdade social, racial e de gênero. Os Direitos Sexuais e Reprodutivos são direitos fundamentais da pessoa humana e recebem proteção constitucional. Nesse sentido, ao falar desses direitos, está se dialogando sobre contracepção, exercício livre e seguro da sexualidade, métodos reprodutivos, orientações baseadas em ciência, acesso ao aborto seguro e respeito às diversidades.⁴¹

O fundo de população das Nações Unidas estima que 47 milhões de mulheres em 114 países de média e baixa renda podem não conseguir acessar contraceptivos modernos, e sete milhões de gestações não intencionais são esperadas se houver maiores interrupções a serviços de saúde. A cada três meses de confinamento, são mais dois milhões de mulheres que podem não ter acesso ao uso de contraceptivos modernos.⁴²

Muitas mulheres não estão conseguindo fazer uso dos métodos de contracepção ou adquiri-los durante o contexto atual devido à falta de informação, ao medo de sair de casa e de

ir às unidades de saúde, a dificuldades financeiras, a barreiras de acesso aos anticoncepcionais ou até mesmo devido a vivências de violência dentro de casa. O Estado brasileiro, por meio do SUS, tem o dever de garantir o acesso aos serviços relacionados à contracepção, já que estes são direitos essenciais à saúde das mulheres, mesmo em situações extraordinárias, como a atual pandemia causada pelo novo coronavírus.^{7,41}

Neste momento, a ampla disponibilidade dos métodos contraceptivos para as mulheres é importante, inclusive para a preservação do direito de evitar uma gravidez em momento incerto, tanto em termos de saúde quanto econômicos. Não se deve tirar isso de foco jamais, mesmo diante de circunstâncias de enorme risco, como a representada hoje pela Covid-19. Nesse escopo, há serviços de aconselhamento ao método contraceptivo, manutenção do uso garantida e opções para contracepção de emergência disponíveis.^{41,43}

A informação deve ser abordada em qualquer nível de atenção utilizado pela usuária, reforçando o uso de LARCs (contracepção reversível de longa duração) e reiterando a importância dos serviços de assistência em caso de violência e aborto legal. Nessa situação inédita, a teleconsulta é incentivada, para que profissionais possam prescrever contraceptivos e medicamentos associados, fornecer orientações e realizar encaminhamentos de forma segura quando necessário. Lembrando que o direito à informação baseada em evidências

sobre todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva permite a tomada de decisão autônoma, informada e consciente das mulheres.^{7,41,48}

A saúde envolve diversos aspectos da vida da população. No caso de mulheres, os problemas são agravados pela discriminação de gênero, pelas relações de trabalho, pelas relações sociais e pela violência doméstica. Todas essas violações são cumulativas e tendem a gerar, entre outros processos de adoecimento, o sofrimento psíquico, que é um dos mais graves e mais complexos.

Corroborando essa realidade, uma pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) aponta que, no total dos casos registrados, a Covid-19 já levou a óbito 76% de mulheres pardas/pretas hospitalizadas, enquanto entre mulheres brancas o percentual foi de 28%. De acordo com o levantamento feito pela Revista *AzMina e Gênero*, em 2019, 45% dos locais que realizam abortos estavam com os serviços funcionando e, em alguns locais, estavam violando direitos, como o de acompanhamento e a não necessidade de Boletim de Ocorrência.⁴⁴ O direito à igualdade e à não discriminação exige igual acesso à mesma gama, qualidade e padrão de serviços de assistência à sexualidade e a medidas especiais para superar a discriminação que afeta desproporcionalmente mulheres negras e mulheres pobres, entre outras já marginalizadas e grupos carentes.^{7,41}

Em relação ao aborto legal, a pandemia tornou o acesso aos serviços de atendimento mais difícil em todo o mundo. Em muitos casos, os obstáculos já existiam e foram simplesmente exacerbados, enquanto outros surgiram recentemente. É imprescindível reduzir os impactos do aborto inseguro, reconhecendo-se a atenção ao abortamento como um imperativo dos direitos humanos – para proteger a vida, a autonomia corporal e a autonomia reprodutiva das mulheres.^{45,46,47}

No Brasil, o aborto é considerado legal em apenas três situações: gravidez de risco à vida da gestante; gravidez resultante de violência sexual; e anencefalia fetal (conforme o Supremo Tribunal Federal decidiu em 2012). Serviços que atendam esses casos específicos são considerados essenciais, levando em conta as circunstâncias atuais que amplificaram a probabilidade de gravidez indesejada, em especial pelo aumento de casos de violência contra as mulheres.^{45,48,49}

Também nos casos de abortamento, caso a mulher opte, poderá solicitar a presença de acompanhante durante todas as fases do acolhimento, nos termos da Lei nº 11.108/2005. A mulher que não tiver seus direitos respeitados durante todo o processo de acolhimento e de aborto deverá entrar em contato com a Defensoria Pública do Estado em que reside. Incorporar medidas para garantir serviços de aborto seguro nas respostas à pandemia e eliminar barreiras ao aborto não são apenas questões de redução de danos, mas sim imperativos dos direitos humanos.

A OMS lançou nota, no dia 17 de abril de 2020, em que destaca que serviços de saúde sexual e reprodutiva devem ser mantidos como caráter de essencialidade; portanto, contracepção e aborto são eventos que não podem esperar a pandemia da Covid-19 terminar. A nota considera que a descontinuação desses serviços, como também os de assistência à gestação e ao puerpério, aumentaria significativamente o número de mortes maternas e neonatais devido a milhões de gestações indesejadas, a abortos inseguros e a complicações nos partos sem acesso a cuidados essenciais e de emergência. Logo, a OMS recomendou aos governos que priorizem o acesso à contracepção, ao aborto nas possibilidades permitidas por lei e à prevenção e ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.⁵⁰ Não podemos desconsiderar também a falta de evidência e de estudos sobre a morbidade do binômio mãe-bebê quando estes são expostos ao vírus, o que já vem sendo evidenciado como risco no Brasil.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, junto à Coordenação de Saúde das Mulheres, lançou a Nota Técnica Nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, no dia 1º de junho de 2020,⁵¹ em que reforça a importância do acesso à saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia da Covid-19, considerando o cenário atual do Brasil sobre morbidade e mortalidade materna, como isso se relaciona ao contexto da pandemia e a preocupação com a maior

incidência de violência doméstica durante a crise sanitária. A nota reforça que serviços de contracepção, aborto e educação continuada em saúde devem ser permanentes e planejados para o atendimento das necessidades de mulheres e de adolescentes de acordo com o avanço da pandemia.

No entanto, apenas dois dias após a divulgação dessa Nota, o governo brasileiro, na figura pública de seu presidente, revogou-a, exonerando os profissionais responsáveis, num aberto ataque aos direitos sexuais e reprodutivos, o que causou revolta e preocupação por parte de entidades ligadas aos direitos das mulheres.⁵² A retirada da Nota Técnica, bem como a demissão dos técnicos que trabalharam na elaboração do documento, representa grande retrocesso na Política Nacional de Saúde, pontuando negativamente no que se refere à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Isso porque tanto a violência sexual e doméstica quanto o aborto legal (previsto no Código Penal) são os principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher, e tais situações se configuram como gravíssimos problemas de saúde pública no âmbito nacional.⁵³

Dessa maneira, reitera-se a essencialidade da manutenção dos serviços que garantam o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, respeitando as especificidades do momento de pandemia, com os cuidados necessários, e trabalhando a educação em saúde, mesmo que de forma distanciada. Teleconsultas para orientações e prescrições básicas,

visitas domiciliares de profissionais da saúde para a garantia de continuidade da contracepção (oral ou injetável), busca ativa de mulheres com cronogramas de atraso em sua contracepção, acolhimento em tempo oportuno dos casos de aborto legal e em situações de abortamento⁵⁴ e acompanhamento de riscos para violência doméstica são serviços que não podem parar e cujos ataques devem ser sempre denunciados. Em caso de não acolhimento pelos serviços, as mulheres devem entrar em contato com a Ouvidoria do SUS (136) ou buscar atendimento junto aos órgãos de segurança.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E MULHERES GESTANTES/PUÉRPERAS DURANTE A PANDEMIA

A violência contra as mulheres também foi reconhecida pelo Secretário-Geral das Nações Unidas como uma “pandemia global”. A complexidade decorrente da coexistência das duas pandemias agrava os riscos de resultados negativos na saúde e no bem-estar de quem já vivia em situação de vulnerabilidade antes do surgimento da Covid-19. Isso porque se reconhece que “as pandemias pioram as desigualdades de gênero existentes para mulheres e meninas e podem impactar a forma como elas recebem tratamento e cuidados”.^{55,57}

No Brasil, com o infortúnio da situação atual, já se sabe que houve um aumento médio de 14,1% no número de denúncias feitas ao Ligue 180 nos primeiros quatro meses de 2020, em relação aos anos de 2018 e 2019.⁵⁸ Logo, as mulheres que já viviam em situação de violência, sem segurança, agora estão permanecendo mais tempo no próprio lar junto ao seu agressor, muitas vezes em habitações precárias, com os filhos e até mesmo a renda diminuída. Nesse contexto, a mulher se encontra em uma situação de extrema vulnerabilidade, sendo alvo diário e frequente de agressões.

A mulher, no ambiente doméstico, acaba por sofrer violência das mais diferentes formas, dentre elas, as principais são: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.⁵⁹ Reconhece-se que, durante a pandemia, a vulnerabilidade de quem já vivia situações de violência antes da pandemia aumentou.^{55,56} No que tange a mulheres durante a gestação, a violência é algo perigoso e preocupante, em vista das suas consequências tanto físicas quanto psicológicas e da violação dos direitos humanos. A gestação é um período em que a mulher se encontra vulnerável, tornando mais complicado o enfrentamento da violência doméstica.⁶⁰

Mulheres que sofrem violência possuem barreiras de acesso aos métodos contraceptivos, o que pode impactar na garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, com o aumento dos casos de violência contra as mulheres durante a

pandemia, é preciso garantir acesso aos serviços de acolhimento e de cuidado referentes à violência sexual, como contracepção de emergência, profilaxia pós-exposição ao HIV e assistência ao aborto legal, os quais fazem parte do rol de serviços essenciais em saúde. Orienta-se que esses cuidados sejam realizados o mais breve possível após a relação sexual não protegida, para que sejam mais eficazes, devendo a mulher procurar o quanto antes as unidades de saúde disponíveis.^{41,57}

A violência durante a gravidez pode resultar em agravos para as mulheres e os bebês, podendo levar a um início tardio do pré-natal, aumento de riscos obstétricos e prejuízos para a saúde mental das mulheres, possibilitando alterações de humor por estados depressivos, angústia, isolamento social, pensamentos suicidas e crises de ansiedade. Ainda assim, existe a possibilidade de ocorrer aborto, parto e nascimento prematuro, baixo peso do bebê ao nascer e até morte materna e fetal.⁶¹

Para minimizar os agravos, é preciso um olhar sensível direcionado à atenção à saúde com uma abordagem integralizada, individual e contextualizada, promovendo ações preventivas concernentes à violência doméstica. É importante considerar os históricos das gestações das mulheres e o rastreamento de violência por parceiro nos serviços da área da saúde sexual e reprodutiva, no sentido de prevenir desfechos desfavoráveis.⁶⁰ O pré-natal, por exemplo, é fundamental para

a identificação das mulheres vítimas de violência doméstica na gestação, pois serve como momento oportuno para que os profissionais de saúde possam escutar essas mulheres, realizar o cuidado e auxiliar no processo de denúncia.⁶²

Assim, sugere-se que mulheres vítimas de violência procurem pessoas de sua rede que possam apoiar e auxiliá-las na busca pelos serviços de saúde disponíveis para o acolhimento e a proteção. Em caso de suspeita ou confirmação de violência, a notificação compulsória é indispensável para todos os serviços de saúde, ou seja, a mulher não é obrigada a realizar denúncia policial se não desejar, mas tem total direito de, mesmo não denunciando, ser acolhida e cuidada nas unidades de saúde. É imprescindível reforçar que a intervenção precoce pode ajudar as mulheres a desenvolverem as habilidades necessárias para a resolução de conflitos, por isso a necessidade da efetivação de programas e leis protetoras na atenção à saúde da mulher.

Durante o atual cenário, diversos são os meios de denúncia que estão tendo destaque e podem ser buscados para ajudar de forma psicológica, jurídica ou até para auxílio de emergência. Os mais procurados são a Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (**Ligue 180**) e o acionamento da emergência policial por meio do **190**. Aplicativos de celular, aplicativos de compras de lojas nacionais, sinais e gestos de mão em chamadas de vídeo, bem como solicitações de determinados objetos em redes de farmácias e supermercados também estão

sendo utilizados e divulgados, tornando a rede de proteção às mulheres ampla e mais acolhedora em tempos de pandemia.

O olhar integral que visualize as diferenças na prevenção, no rastreamento e na intervenção é essencial para enfrentar a violência doméstica, familiar e de parceiro íntimo, ao lado da implementação de políticas públicas e estratégias com foco em gênero e direitos humanos. As mulheres têm o direito de serem incluídas em “tomada de decisão e planejamento de intervenções, vigilância de segurança, mecanismos de detecção e prevenção”.^{55,57}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a criação do SUS e a implementação de políticas públicas de saúde, os direitos das mulheres foram conquistados aos poucos, e, mesmo com impasses, existia certo grau de avanços. Atualmente, vivem-se tempos difíceis, de ataque aos direitos humanos, às conquistas sociais adquiridas e, em especial, aos direitos das minorias. A pandemia da Covid-19 traz um agravante cruel e que coloca todos em alerta para a necessidade emergente da defesa dos direitos humanos como proteção à vida em sociedade.

Em relação às mulheres, constantemente, percebem-se o ataque aos seus direitos e o aumento de sua vulnerabilidade,

agravada pela situação crítica da saúde brasileira e da economia mundial. Atualmente, percebe-se o quanto pode ser rápida e assustadora a retirada de direitos, tais como os que foram apresentados neste capítulo: proibição do acompanhamento durante o parto, acesso restrito aos cuidados de saúde pós-violência, privação ou barreiras ao acesso aos métodos contraceptivos e não garantia ao aborto legal.

Cada vez mais estudantes, professoras, pesquisadoras, profissionais da saúde e coletivos sociais e de mulheres precisam se posicionar perante a privação dos direitos já garantidos no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, reforçando a importância e a necessidade da luta constante. É preciso que esses sujeitos colaborem, dentro de suas possibilidades, com a proteção das mulheres e de suas famílias, para que elas possam viver e conviver com garantia plena de seus direitos. Para isso, é preciso que se reflita cada vez mais sobre a relevância da representatividade política das mulheres, na ocupação dos espaços públicos e na garantia de que mais mulheres estejam nos lugares políticos de destaque. Afinal, como já dizia Simone de Beauvoir: “Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que se manter vigilante durante toda a sua vida”.⁶³

REFERÊNCIAS

1. Souza KV *et al.* Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de COVID-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare enferm* [periódico na Internet]. 2020 Maio 20 [acesso em 2020 Jun 20]; 25 (1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>.
2. International Confederation of Midwives (ICM). Women's rights in childbirth must be upheld during the coronavirus pandemic [*homepage* da Internet]. Koninginnegracht: International Confederation of Midwives. [acesso em 2020 Jun 08]. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf.
3. Brito L *et al.* Impactos sociais da COVID-19: uma perspectiva sensível às desigualdades de gênero. 2020 [acesso em 2020 Ago 12]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41375/2/ImpactosSociais.PDF>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. 1. ed. Brasília, 2001. p 24-7.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília, 2004. p 59-62.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 039, de 12 de Maio de 2020.
7. Reingold RB, Barbosa I, Mishori R. Respectful maternity care in the context of COVID-19: A human rights perspective. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [periódico na Internet]. 2020 Set 18 [acesso em 2020 Jun 13]; 151 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13376>.
8. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1996 jan 13.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000. p. 6-23.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da gestante. 3. ed. Brasília, 2016. p. 1-31.

11. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 1 ed., 2016.
12. SOGIMIG. COVID-19 e gestação: Perguntas e respostas para gestantes. 1. ed. Belo Horizonte, 2020. p. 1-13.
13. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth [*homepage* da Internet]. WHO. 2022 Set 2 [acesso em 2020 Nov 26]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>.
14. Osanan GC *et al.* Coronavírus na gravidez: considerações e recomendações SOGIMIG [*homepage* da Internet]. Belo Horizonte: SOGIMIG 2020. Mar 20 [acesso em 2020 Jun 08]. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/28/CORONAVIRUS_NA_GRAVIDEZ_SOGIMIG_-_20_DE_MARC__O.pdf.
15. Estado do Rio Grande do Sul. Nota Técnica 01/2020 - Orientações sobre o atendimento de pré-natal diante da pandemia do COVID-19. Rio Grande do Sul, 2020.
16. UNICEF Brasil. Gravidez durante a pandemia da COVID-19: como proteger você e seu bebê [*homepage* da

Internet]. UNICEF Brasil [atualizada em 2020 Abr 23, acesso em 2020 Ago 11]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/gravidez-durante-pandemia-da-covid-19>.

17. Hovhannisyán A, Karijo A. How has COVID-19 affected women's rights during childbirth? Help us track this globally [*homepage* da Internet]. Open Democracy. 2020 Jul 16 [acesso em 2020 Ago 11]. Disponível em: <https://www.opendemocracy.net/en/5050/womens-rights-during-childbirth-help-us-track-globally/>.

18. Holanda SM *et al.* Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto & Contexto - Enfermagem* [periódico na Internet]. 2018 Maio 28 [acesso em 2020 Jul 23]; 27 (2): e3800016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200317&lng=pt&tlng=pt.

19. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2007 Dec 28.

20. EBSEERH. Visita de Vinculação: estratégia garante visita à Gestante na Maternidade Escola Januário Cicco [*homepage da Internet*]. Maternidade Escola Januário Cicco – MEJC. 2017 Jul [acesso em 2020 Jul 22]. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/mejc-ufrn/por-dentro-da-maternidade/-/asset_publisher/ZMFlySY4lYuK/content/id/2272055/2017-07-ambulatorio-visita-de-vinculacao-estrategia-da-rede-egonha-garantida-a-gestante-na-maternidade-escola-januario-cicco#:~:text=A%20estrat%C3%A9gia%20de%20vincula%C3%A7%C3%A3o%2C%20que,de%20dezembro%20de%202007%2C%20Art.
21. Brasil. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União 1943 Maio 2.
22. Brasil. Lei nº 9.799, de 26 de maio de 1999. Insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999 Maio 27.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. 1. ed. Brasília: MS, 2017. p. 14-45.

24. Viapiana T. Hospital deve permitir acompanhante em todos os partos durante epidemia [*homepage* da Internet]. CONJUR. 2020 Jun 04 [acesso em 2020 Jul 06]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-jun-04/hospital-permitir-acompanhante-partos-durante-epidemia>.
25. Dodou H *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Escola Anna Nery [periódico na Internet]. 2014 Jun [acesso em 2020 Jul 23]; 18 (2): 262-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200262&script=sci_abstract&tlng=pt.
26. Silva RM *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2012 Out [acesso em 2020 Jul 23]; 17 (10): 2783-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/26.pdf>.
27. Brasil. Fiocruz. Atenção ao Recém-nascido em tempos da pandemia de COVID-19: Recomendações para a Sala de Parto. Rio de Janeiro: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2020.

28. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2020 Apr 06 [acesso em 2020 Jul 04]; 25 (4): 1433-44. Disponível em: https://www.scielo.br/article_plus.php?pid=S1413-81232020000401433&tlng=pt&lng=en.
29. Volpato F *et al.* Parto domiciliar planejado no contexto da COVID-19: informações para a tomada de decisão. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2020 Maio 16: [aproximadamente 18 p.].
30. Senado Federal. *Consolidação das Leis do Trabalho e normas correlatas*. Brasília, 2017 [acesso em 2020 Ago 13]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/clt_e_normas_correlatas_1ed.pdf.
31. Brasil. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial da União*, 2008 Set 10 [acesso 8 de julho 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11770.htm.

32. Brasil. Lei nº 8.861, de 25 de março de 1994. Dá nova redação aos arts. 387 e 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), altera os arts. 12 e 25 da Lei nº 8.212, de 24 julho de 1991, e os arts 39, 71, 73 e 106 da Lei nº 8.213, de 24 julho de 1991, todos pertinentes à licença-maternidade. Diário Oficial da União, 1994 Mar 26 [acesso em 2020 Ago 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18861.htm.
33. Brasil. INSS. Salário-maternidade [*homepage* da Internet]. INSS, [acesso em 2020 Ago 13]. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/salario-maternidade/>.
34. Machado C, Pinho Neto VR. The labor market consequences of maternity leave policies: evidence from Brazil. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016.
35. Tribunal Superior da Justiça. Direito garantido: Detalhes sobre direito a creche [*homepage* da Internet]. 2017 Mar 20 [acesso 26 de julho 2020]. Disponível em: https://www.tst.jus.br/radio-destaques/-/asset_publisher/2bsB/content/direito-garantido-detallhes-sobre-direito-a-creche.
36. Brasil. GOV.BR. Realizar Denúncia Trabalhista [*homepage* da Internet]. [atualizada em 2020 May 18, acesso

em 2020 Jul 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/realizar-denuncia-trabalhista>.

37. Inspeção do Trabalho. Como denunciar [*homepage* da Internet]. [acesso 26 de julho 2020]. Disponível em: <https://sit.trabalho.gov.br/portal/index.php/denuncie>.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Ouvidoria do SUS [*homepage* da Internet]. [acesso 26 de julho 2020]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/ouvidoria-do-sus>.

39. Alvarenga WA *et al.* Mães vivendo com HIV: a substituição do aleitamento por fórmula láctea infantil. Revista Brasileira de Enfermagem [periódico na Internet]. 2019 Sep 16 [acesso em 2020 Ago 04]; 72 (5): 1153-60. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501153&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#:~:text=Os%20principais%20fatores%20que%20influenciaram,apoio%20dos%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde.

40. Brasil. Ministério da Saúde. MS ofertará fórmulas alimentares a crianças com alergia a leite [*homepage* da Internet]. 2019 [acesso 2020 Ago 04]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45065-saude->

ofertara-formulas-alimentares-a-criancas-com-alergia-a-proteina-do-leite.

41. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Guia sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante a pandemia da COVID-19: contracepção, aborto legal, gestação, parto e pós-parto. São Paulo, 2020.

42. Fundo de população das nações unidas. Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage: Pandemic threatens achievement of the Transformative Results committed to by UNFPA. UNFPA, 2020.

43. Associação de obstetrícia e ginecologia do estado de São Paulo. Sogesp alerta: falta de acesso à contracepção e pré-natal coloca mulheres em risco [*homepage* da Internet]. 2020 Apr 23 [acesso em 2020 Nov 02]. Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/noticias/sogesp-alerta-falta-de-acesso-%C3%A0-contracepcao-e-pre-natal-coloca-mulheres-em-risco/>.

44. Revista Azmina. Só 55% dos hospitais que faziam aborto legal seguem atendendo na pandemia. [acesso 2020 Jul 14]. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/>

so-55-dos-hospitais-que-faziam-aborto-legal-seguem-atendendo-na-pandemia/.

45. Romanis EC, Parsons JA. Legal and policy responses to the delivery of abortion care during COVID-19. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [periódico na Internet]. 2020 Sep 15 [acesso em 2020 Nov 02]; 151 (3): 479-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13377>.

46. Hervey T, Sheldon S. Abortion by Telemedicine in the European Union. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [periódico na Internet]. 2018 Dec 05 [acesso em 2020 Nov 02]; 145 (1): 125-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12738>.

47. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Direitos Reprodutivos: “ABORTO LEGAL”*. 2018. [acesso em 2020 Nov 15]. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20\(5\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20(5).pdf).

48. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Guia orienta estados e municípios para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde*. 2020 [acesso em 2020 Nov 15].

Disponível em: <https://www.conasems.org.br/guia-orienta-estados-e-municipios-para-o-enfrentamento-da-pandemia-de-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/>.

49. Todd-Gher J, Shah PK. Abortion in the context of COVID-19: A human rights imperative. *Sexual and Reproductive Health Matters* [periódico na Internet]. 2020 Jun 02 [acesso em 2020 Nov 02]; 28 (1): 28-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1758394>.

50. Organização Mundial de Saúde Anticoncepção/Planejamento familiar e COVID-19. Organização Mundial De Saúde, 2020.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da pandemia da covid-19: nota técnica / Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Ciclos da Vida, Coordenação de Saúde das Mulheres – Brasília, 2020.

52. Conselho Nacional de Saúde. NOTA: CNS repudia retirada de documento técnico sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres durante pandemia, do site do Ministério da Saúde. [atualizado em 2020 Jun 16; acesso em

2020 Jul 14]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1223-nota-cns-repudia-retirada-de-documento-tecnico-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-das-mulheres-durante-pandemia-do-site-do-ministerio-da-saude>.

53. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed., 2. reimp – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

55. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [periódico na Internet]. 2020 Sep 03 [acesso em 2020 Nov 02]; 151 (2): 180-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13365>.

56. United Nations Population Fund. Covid-19: a gender lens. Protecting sexual and reproductive health and rights,

and promoting gender equality. Technical Brief. [UNFPA *website*]. New York, 2020.

57. United Nations Secretary-General. Remarks on International Day for the Elimination of Violence against Women [*homepage* da Internet]. 2018 Nov 19 [acesso em 2020 Nov 03]. Disponível em: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2018-11-19/international-day-for-elimination-of-violence-against-women-remarks>.
58. Brasil. Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos. Indicadores [*homepage* da Internet]. 2020 [acesso em 2020 Ago 13]. Disponível em: <https://mdh.metasix.solutions/portal/indicadores>.
59. Instituto Maria da Penha. Ciclo da Violência [*homepage* da Internet]. 2020 [acesso em 2020 Jul 8]. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>.
60. Rodrigues AD, Diniz NMF, Gramacho RDCCV. Quotidiano de mulheres que vivenciam a violência doméstica na gestação. Tese de Doutorado, UFBA. 2016 Abr 20 [acesso 23 de julho 2020]. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/724/1/ARTIGO.pdf>.

61. Relatório mundial sobre violência e saúde. Editado por Krug EG, Dahlberg, LL, Mercy JA. 2002 [acesso em 2020 Ago 13]. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>.

62. Monteiro CFS, Veloso LUP, Monteiro MSS. Violência contra mulher durante a gravidez: um risco duplo. 2009 [acesso em 2020 Jul 26]. Disponível em: <http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/cfsm.pdf>.

63. Beauvoir S. O Segundo Sexo. São Paulo, 1991.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ORGANIZADORAS

Este livro é um recorte temporal sobre a situação de saúde das mulheres no Brasil no período de pandemia da Covid-19. Nele, há respostas e orientações baseadas em conhecimento científico, utilizando as evidências disponíveis para que a sociedade e, em especial, as mulheres possam se sentir mais seguras para tomar as decisões em relação à sua vida e à de sua família.

Obviamente, entendemos que o momento é de intensa produção científica. Pesquisas diversas ainda estão em produção, conhecimentos novos sobre a pandemia e suas formas de impacto social ainda estão sendo estudados, o que possibilita que sempre haja novos diálogos sobre essa temática a serem

incorporados como referências. Isso apenas enriquece o processo de aprendizagem e a pesquisa mundial, permitindo que todos e todas possam constantemente trocar informações e colaborar para a construção de conhecimento. Em tempos em que tantas *fake news* dominam o imaginário social, é um desafio constante compartilhar e fazer ciência ética e comprometida, papel fundamental da universidade pública.

O que já se sabe e o que a ciência corrobora é o fato de que os determinantes sociais interferem diretamente na vida das mulheres e no enfrentamento à pandemia. Não há mais espaço na academia para reflexões ou produções de saber que não incorporem os modos de existir das pessoas, considerando suas origens, seus locais de vida e de moradia, seu trabalho, suas condições econômicas, sua raça, sua classe e seu gênero. Agendas intersetoriais de cuidado à saúde das mulheres, conectadas aos diferentes contextos e estágios da pandemia no país, são condição indispensável para a preservação de suas vidas, principalmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade social.

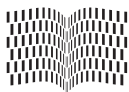
Difundir conhecimentos sobre direitos sexuais e reprodutivos é uma das formas de possibilitar o aprendizado colaborativo e a produção de consciência individual e coletiva que alcance as mulheres, seus/suas companheiros/companheiras e suas famílias. É esse processo intimista, mas que se constrói de forma coletiva e em sociedade, que permite às mulheres,

munidas de conhecimento, posicionarem-se criticamente, refletirem sobre suas vidas, criarem espaços de transformação e decidirem conscientemente os melhores caminhos a seguir. Durante uma pandemia de desinformação, fornecer instrumentos de educação em saúde é contribuir para o processo de empoderamento das mulheres, vislumbrando resultados a longo prazo que impactem nos seus modos de existir no mundo.

Também é necessário se manter atuante nas nuances do cenário político do país, garantindo que direitos de saúde das mulheres já adquiridos não retrocedam e que possamos avançar, mesmo que a passos curtos, em direção a novas conquistas. É emergencial o pensamento acadêmico feminista, uma postura científica que leve em conta a luta pela justiça social, a defesa dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, a valorização da ciência latino-americana, a conscientização dos processos sociais marcados pelo racismo e pelo patriarcado e a defesa constante da vida de todos e de todas. Não há mais espaço para uma ciência neutra no que diz respeito à temática abordada neste manuscrito: *mulheres e sociedade*.

Assim, como mulheres, pesquisadoras, acadêmicas e profissionais de saúde, desejamos e trabalhamos por uma ciência solidária e feminista, na qual pensemos coletivamente, protegendo a si e aos que amamos, colaborando para uma transformação que vá além dos muros da universidade. Que possamos cada vez mais valorizar o conhecimento científico,

combater a desinformação e o medo gerado por ela, avançar no que diz respeito ao cuidado em saúde e à defesa da vida de todos e de todas. Que essa publicação possa colaborar para essa direção, abrindo novos caminhos de debate, de reflexão e de produção científica.



Editora da
UFCSPA