

## Direitos reprodutivos em tempos de pandemia Covid-19: compreendendo o acesso de gestantes e puérperas aos serviços de saúde

Thalita Nascimento Gazar<sup>1</sup>  
Sâmella dos Santos Vieira de Menezes<sup>2</sup>  
Gleice de Olivera Codeiro<sup>3</sup>  
Aléxia Tayla Amaral Ferreira<sup>4</sup>  
Tarcísio Augusto da Silva Menezes<sup>5</sup>  
Roberta Lima Machado de Souza Araújo<sup>6</sup>

**Resumo:** Atentando às assimetrias sociais acentuadas com a pandemia de COVID-19, este estudo objetivou caracterizar a assistência ao pré-natal e ao parto, com base nos direitos reprodutivos. De caráter multicêntrico, realizou-se um estudo descritivo por meio de um levantamento de dados com o *Google Forms*. Contribuíram para o estudo 221 mulheres, gestantes e puérperas do Brasil. Os dados foram analisados por frequências absolutas e relativas usando o programa *SPSS*. Visualizou-se que a maioria das mulheres acessou os serviços em rede privada de saúde, e sentiu impactos no agendamento de consultas e exames, algumas deixaram de gozar de direitos do ciclo gravídico-puerperal como a escolha do tipo de parto e ao/à acompanhante. Por fim, as questões de gênero foram campo fértil para os processos de vulnerabilidade inerentes à pandemia de COVID-19, especialmente no tocante ao direito reprodutivo de acesso à saúde integral de mulheres grávidas e puérperas.

**Palavras-chave:** Pandemia de COVID-19; Ciclo gravídico-puerperal; Direitos reprodutivos.

**Abstract:** Considering the social asymmetries accentuated with the COVID-19 pandemic, this study aimed to characterize the assistance to prenatal and childbirth, based on reproductive rights. With a multicentric character, a study was carried out through a data survey with Google Forms. 221 women, pregnant and postpartum women in Brazil contributed to the study. The data were

---

<sup>1</sup> Graduanda do 9º semestre em Psicologia na Universidade Estadual de Feira de Santana, na Bahia.

<sup>2</sup> Feminista. Doutora em Psicologia. Docente vinculada ao Colegiado de Psicologia, na Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF. Coordenadora do Repositório de Estudos de Gênero e Direitos Humanos.

<sup>3</sup> Professora auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), lotada no Departamento de Ciências Humanas e Filosofia (DCHF). Leciona para o curso de Psicologia e colabora como tutora e professora da Residência Multiprofissional em saúde da família - RMSF/UEFS. Graduada no curso de Psicologia, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco, campus Petrolina-PE. Mestre em Psicologia pela UNIVASF.

<sup>4</sup> Graduanda em Bacharelado em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF

<sup>5</sup> Docente de Medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (2014). Pós-graduação por meio de Residência Médica em Ginecologia/Obstetrícia pelo Hospital Dom Malan/ IMIP Petrolina-PE.

<sup>6</sup> Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia (2017). Psicóloga, CRP03/9764. Atualmente é docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Feira de Santana; Unifacs; UNIFTC e FAT. Membro da associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

analyzed by absolute and relative frequencies using the SPSS program. It was seen that the majority of women accessed care in a private health network, felt impacts in the scheduling of consultations and exams, some then stopped enjoying the rights of the pregnancy-puerperal cycle, such as choosing the type of delivery and the companion. Finally, gender asymmetries were a fertile ground for the vulnerability processes inherent to the COVID-19 pandemic, especially with regard to the reproductive right of access to comprehensive health for pregnant and postpartum women.

**Keywords:** COVID-19 pandemic; Pregnancy-puerperal cycle; Reproductive rights.

## 1. CONTEXTUALIZANDO

Esta pesquisa está centrada no campo da Saúde Coletiva, fazendo interface com a Psicologia e a Obstetrícia. Partimos para um processo investigativo sobre os fenômenos sociais em saúde, tendo como interlocutoras mulheres em tempos de COVID-19. Propôs-se a analisar as percepções de gestantes e puérperas sobre os impactos da pandemia no seu ciclo gravídico-puerperal, a partir do seguinte problema de pesquisa: como gestantes e puérperas brasileiras têm acessado os cuidados em saúde durante a pandemia de COVID-19?

Tomando como ponto de partida uma breve contextualização sobre o momento sanitário atual, o coronavírus humano foi mapeado pela primeira vez na década de 60 e ressurgiu com um novo agente (SARS-CoV-2) no final de 2019 na China (PIMENTEL *et al.*, 2020). Ao contaminar pessoas pode apresentar diferentes manifestações, desde não aparecer sintomas comuns à doença (assintomáticas) àquelas que têm febre, tosse seca, cefaleias, dispneia, fadiga, produção de escarro (sintomáticas), por exemplo. Os casos mais graves são marcados por pneumonia, insuficiência respiratória aguda, renal e de outros órgãos, tendo como possível desfecho a morte.

O potencial de alta transmissibilidade de COVID-19, agravada pelo seu tempo de incubação (variando de 0 a 24 dias) contribui para que pessoas sem sintomas, pré-sintomáticas ou com sintomas leves transmitam a doença (AQUINO *et al.*, 2020). Assim, rapidamente a COVID-19 se espalhou pelo mundo, caracterizando-se como uma pandemia segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Até o dia 16 de março de 2021, 120.357.703 pessoas foram infectadas, provocando 2.663.188 mortes no mundo (OMS, 2021). No Brasil, na mesma data, a doença já havia matado 279.286 pessoas (OMS, 2021), e quanto às mortes maternas a situação é trágica (TAKEMOTO *et al.*, 2020). Morte materna é aquela que acomete mulher ao longo da gestação ou até 42 dias após o seu término, excetuando-se as causas acidentais (BRASIL, 2009). Estavam no Brasil 77% das mortes maternas do mundo por COVID-19, considerando os dados até julho de 2020 (TAKEMOTO *et al.*, 2020). Esse desfecho pode estar associado a inúmeros fatores como: pré-natais de baixa qualidade; insuficiência de recursos para manejar as emergências; disparidades sociais e raciais no acesso à rede de assistência no ciclo gravídico-puerperal; e situações de violência obstétrica potencializados com os entraves postos pela pandemia (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Diante do exposto, escolhemos a via de pensar, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, como as mulheres vêm sendo afetadas e quais as condições de produção de cuidado são engendradas para a diminuição das iniquidades em que potencialmente estariam expostas. Adotamos a perspectiva de que os Direitos Reprodutivos (DR) são partes inegociáveis no campo dos Direitos Humanos (BRASIL, 2013a). Assim, compreender a perspectiva de gestantes e puérperas sobre a pandemia se orientou, sobretudo, pelos princípios de igualdade, respeito às diferenças e promoção do pleno exercício de cidadania dessas mulheres. Em retrospecto, os DR se inserem na pauta dos

organismos internacionais e tem como marco referencial a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994), e IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995. Compatível com a perspectiva adotada por esse estudo, os avanços apontam para a compreensão de que:

“Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção e violência, conforme expresso em documentos sobre os direitos humanos”. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p. 62).

A pesquisa, portanto, orientou-se pela relevância presente no campo social, sanitário e político, especialmente por: 1. escutar mulheres, o que indubitavelmente se faz pela perspectiva feminista e sua preocupação com a redução das iniquidades de gênero no período da pandemia; e 2. possibilitar a integração dos saberes acadêmicos aqui produzidos com políticas públicas agenciadas por saberes locais, o que potencialmente permite a construção de protocolos institucionais de cuidado em saúde condizentes com a realidade em que essas mulheres gestantes e puérperas vivem e se socializam.

A OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançaram, em maio de 2020, um documento sobre *advocacy* em saúde com o objetivo de orientar ao estados-membros (OPAS, 2020b). O texto enfatiza a necessidade “de garantir que as políticas de saúde pública e as medidas para controlar a epidemia levem em consideração a perspectiva de gênero e sua interação com outras dimensões da desigualdade” (OPAS, 2020b, p. 01). Especificamente, destaca a importância da coleta, notificação e análise desagregada dos dados relativos à idade e sexo, o que permite uma leitura sobre as desigualdades de gênero a partir desses indicadores. Além de dimensionar o papel estratégico do setor saúde no enfrentamento das violências em que mulheres e crianças estão expostas no ambiente doméstico com as medidas de *lockdown*. Por fim, esses organismos internacionais orientam/denunciam a urgência de reduzir a saúde pública a uma dimensão médico-centrada durante o enfrentamento à COVID-19, considerando consequências danosas à oferta e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, negando um pré-natal e parto qualificados, o que pode levar a mortalidade materna e complicações para grávidas, parturientes e puérperas.

Todo este cenário tem como base o cruzamento entre questões de gênero e dos determinantes em saúde. Sobre isso, nos embasamos conceitualmente nas três dimensões das vulnerabilidades: individual, que se refere aos processos singulares de vida de cada mulher; social, que envolve determinantes e condicionantes em saúde como gênero, classe social, raça/etnia, territorialidade, dentre outros; e a vulnerabilidade programática,

ou institucional, que se inscreve no campo das (não) ações de planejamento, proposição de programas e políticas, ou seja, nos hiatos de cuidado na agenda pública (AYRES *et al.*, 2012). No caso em questão, acessar as percepções das gestantes e puérperas frente a pandemia de COVID-19 possibilitou o olhar mais atento para essas dimensões, na medida em que se pode perceber que os processos de vulnerabilidade em que essas mulheres estão inseridas repercutem no campo micropolítico de cuidado de si, tomando aí como ponto de inflexão as discussões em saúde coletiva sobre empoderamento e autonomia em saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2012).

O conceito de vulnerabilidade pode auxiliar no debate na saúde coletiva e demais contextos de atenção obstétrica, contribuindo para um olhar sobre as nuances concretas das práticas interventivas, considerando que “coloca-se como potencial instrumento para a transformação das práticas de saúde” (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007, p. 323). Por isso, este estudo busca auxiliar no diálogo com as políticas de atenção direcionadas às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, compreendendo o quão os serviços e informações produzidas estão acessíveis às gestantes e puérperas, quais práticas de autocuidados estão sendo tomadas e os impactos psicossociais vivenciado por elas.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Configurou-se como um estudo multicêntrico que envolveu pesquisadoras de duas instituições públicas do Nordeste: a Universidade Estadual de Feira de Santana na Bahia e a Universidade Federal do Vale do São Francisco em Pernambuco. Quanto aos objetivos da pesquisa, classificou-se como descritiva de base exploratória. Definem-se estudos descritivos como aqueles em que se busca “características de determinada população ou fenômeno” (GIL, 2002, p. 42). Os aspectos exploratórios desta investigação deveram-se a necessidade de maior familiaridade com o problema “com vistas a torná-lo mais explícito” (GIL, 2002, p. 43); o que o subsidia é o surgimento repentino do novo coronavírus, impactando a nível social e econômico o mundo e, portanto, demandando respostas de forma cautelosa com desenhos metodológicos que visam o “aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (GIL, 2002, p. 43).

O delineamento foi por *Survey* com coleta de dados por formulário *online* construído no *Google Forms* vinculado ao e-mail institucional da pesquisadora responsável, preconizando assim a segurança sanitária e digital às participantes e às pesquisadoras. Optou-se pela coleta no meio virtual para evitar a circulação de pessoas e a interveniência nos serviços de saúde, que por ora já estão enfrentando superlotação, escassez de equipamentos de segurança e riscos biológicos acentuados. O instrumento era composto por 61 questões com perguntas sobre o perfil socioeconômico e demográfico, acesso a serviços de pré-natal e de parto e impactos da pandemia a nível psicossocial. Antecedendo as perguntas do instrumento estava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados aconteceu entre os meses de 27 de agosto a 5 de novembro de 2020. O estudo contou com a colaboração de 221 mulheres. Instituímos como critério de

inclusão mulheres brasileiras grávidas ou puérperas (até 45 dias de paridas), dentre estas excluiu-se aquelas com transtornos mentais severos e persistentes com diagnóstico estabelecido antes mesmo da gestação.

As respondentes foram acessadas via Bola de Neve (VINUTO, 2014), utilizando uma amostragem de cunho não probabilístico e utilizando-se cadeias de referência para a captação de informantes. Destacamos que a escolha do referido método teve como ponto de partida o desejo de criação e fortalecimento das redes interpessoais de articulação em saúde. Dito isto, inicialmente identificamos pessoas de referência na atenção obstétrica nas redes de referência das pesquisadoras para a divulgação do instrumento de pesquisa. Foram elencados os seguintes atores: gestantes, puérperas, doulas, lideranças comunitárias, obstetras, enfermeiras da atenção básica e especializada, residentes multiprofissionais em saúde da família e saúde mental, residentes médicos em ginecologia e obstetrícia, familiares e amigos(as) das pesquisadoras, redes de pesquisadores(as), e demais profissionais de saúde que assistem cotidianamente tais mulheres no seu ciclo gravídico-puerperal.

A divulgação foi coordenada e monitorada semanalmente, com a criação de um banco de informantes-chave. O método de divulgação prioritário foi a plataforma *WhatsApp*, e com vistas a ampliar a capilaridade da coleta, o período de realização da coleta foi estendido e outros meios foram incorporados com a ampla divulgação em redes sociais (grupos de gestantes no *Facebook*, páginas no *Instagram*, como o Nascer no Brasil), entrevistas em jornais locais (G1, Correio da Bahia), *blogs* da região, e *sites* das universidades proponentes. Posteriormente se deu a tabulação e análise dos dados com SPSS a partir do cálculo das frequências absolutas e relativas. A pesquisa foi aprovada pelo Sistema CEP/CONEP, com o CAAE: 34865120.4.1001.0053.

### 3. OS ACHADOS

#### 3.1 Quem são as mulheres deste estudo?

A pesquisa contou com a colaboração de 221 mulheres, a maioria advinda do Nordeste (80,4%), sendo a Bahia o estado com maior número de respondentes (46,4%). Quanto à localização da residência, 60,4% das mulheres moram em cidades do interior dos estados, na zona urbana. 2,8% residem na zona rural de cidades do interior ou das capitais. Em relação à faixa etária, as respondentes tinham a partir de 18 anos, prevalecendo as de 30 a 39 anos (59,7%), seguida das de 18 a 29 anos (34,4%) e 5,9% entre 40 e 49 anos.

No tocante ao marcador de gênero, 97,7% delas se definiram como mulheres cisgênero. 96,4% se declararam heterossexuais, e as demais bissexuais (3,6%). Em relação ao estado civil, 94,6% disseram ter companheiro(a) na condição de casada, morando junto ou outra configuração. Enquanto 5,4% definiram-se solteiras ou viúvas. Quanto à raça/cor, 0,9% se declararam indígenas; 4,1% amarelas; 15,4% pretas; 38,5% brancas e 41,6% de pardas, considerando a classificação proposta pelo Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística (IBGE) pode-se dizer que o estudo acessou 57% de negras, consolidando o número de pardas e pretas.

Quanto ao grau de escolaridade dessas mulheres, a amostra apontou que 52,9% delas concluíram a pós-graduação ou estão em vias de concluir. Na graduação foram identificadas 33,9% mulheres, sendo que 18,1% a concluíram e 15,8% ainda não. O ensino médio completo foi citado por 10,9% delas, e o incompleto por 1,4%. Apenas duas mulheres citaram o ensino fundamental, uma o completou e a outra não. O indicador de escolaridade tende a influenciar a renda mensal. Assim, 50,7% informaram que recebem mais de três salários mínimos, seguido de 37,6% que recebem de um a três. 10% recebem menos de um salário mínimo por mês e 1,8% não possuem renda fixa, este grupo pode ser considerado o mais vulnerável financeiramente. A pandemia trouxe impactos financeiros, já que para 62,9% houve redução da renda familiar.

Em relação ao momento do ciclo gravídico-puerperal, 156 eram gestantes e 65 puérperas. Quanto ao tipo de risco obstétrico dessas mulheres, uma avaliação protocolar no pré-natal, feita a partir de fatores que tendem a elevar a probabilidade de desfechos desfavoráveis na gestação, pode-se dizer que 73,3% das gestações foram consideradas de risco habitual, ou seja, o risco esperado para o momento, geralmente sem outra condição clínica associada, 16,7% de risco aumentado e 10% delas não souberam informar. É válido dizer que os fatores de risco para a gestação e parto coincidem com os riscos de complicação para a COVID-19, sendo necessária uma análise individualizada dos cuidados dessas mulheres (BRASIL, 2020b).

Quanto à infecção com o COVID-19, 95% não foram contaminadas até o momento em que responderam à pesquisa, enquanto 3,6% das mulheres foram contaminadas na gestação, 0,5% durante o parto e 0,9% no puerpério. O protocolo do Ministério da Saúde recomenda que grávidas em qualquer idade gestacional e puérperas até duas semanas após o parto, incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal, sejam incluídas no grupo de risco devido (BRASIL, 2020c), principalmente após os números alarmantes de morte materna por COVID-19 (TAKEMOTO *et al.*, 2020). Ao considerarmos os aspectos relacionados às vulnerabilidades em saúde, a circunstância de não-infecção pode evidenciar o perfil social em que as mulheres respondentes estão inseridas. Conforme apontam Demenech *et al.* (2020) em pesquisa de dados secundários sobre a incidência e mortalidade para a COVID-19, o fator socioeconômico pode figurar como preditor para respostas ineficazes quanto à prevenção e à proteção, embora não seja possível afirmar que pessoas mais pobres sejam mais infectadas pelo novo coronavírus.

A análise dos dados supracitados permite que nos coloquemos diante de algumas questões importantes referentes aos marcadores sociais da diferença no contexto atual de pandemia. A primeira delas indica sobre a especificidade da amostra de participantes. A estratégia de coleta de dados desta pesquisa gerou um viés, já que não foi possível fazer com que o instrumento fosse acessado/respondido por grávidas e puérperas de forma equânime em relação à raça/cor, escolaridade e perfil socioeconômico. Em relação a isto, nossa hipótese incide sobre o acesso à internet e a compreensão da importância de uma pesquisa científica, considerando o perfil da renda e do nível de formação das mulheres.

Corroborando com esta hipótese, o IBGE (2015), em pesquisa referente ao acesso à internet por grupos populacionais brasileiros (sem considerar o marcador de gênero), indica que o acesso à internet é diretamente proporcional à renda *per capita*. Os dados mostram que a partir de um a dois salários mínimos, mais pessoas utilizaram a internet. O Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC) mostra que em 2019 os domicílios com acesso à internet proporcionalmente têm mais recursos e se enquadram em classes sociais mais abastadas (CETIC, 2019). 71% dos domicílios têm acesso à internet, maioria destes na zona urbana e sempre com renda familiar acima de um salário mínimo, o que, no caso deste estudo, não garantiu que o interesse ou disponibilidade de todas as gestantes e puérperas potencialmente alcançadas pela pesquisa para respondê-la.

Outra dimensão importante a ser observada certamente impacta na compreensão das assimetrias quanto ao acesso aos serviços de saúde, bem como as dimensões e magnitudes dos efeitos que a pandemia impõe às mulheres em situação de vulnerabilidade social e econômica. Essas mulheres em condições desprestigiadas estão mais expostas à “infecção, também às gravidezes não planejadas e a todo o rol de consequências negativas para a saúde materno-infantil”, conforme levanta Coutinho *et al.* (2020, p. 11).

Sobre isso, destacamos que, pelos dados apresentados, a maioria dessas mulheres encontra-se em situação de privilégios quanto à escolaridade, renda, orientação sexual e identidade de gênero, e perfil conjugal, tomando como ponto de análise os modos de existência hegemônicos. Sustentamos a tese de que não há uma condição feminina universal, e que marcadores precisam ser considerados para avançarmos na garantia de direitos equânimes e revolucionários na luta feminista (HOOKS, 2019). Sinalizamos, ainda, que *ser mulher* remete às questões de assimetrias que performatizam os efeitos generificados, especialmente aqui quando tratamos de gestantes e puérperas. Soma-se a isso, os marcadores relacionados à raça (maioria destas pardas e pretas) e territorialidade (a maioria são de cidades do interior, fora dos grandes centros metropolitanos), que pode denunciar o quanto os aspectos de assistência pré-natal e parto, além do acesso aos serviços e informações localizam essas mulheres em situação de vulnerabilidade programática a que são submetidas, conforme poderá ser visto nos tópicos posteriores.

### 3.2 Como foi o pré-natal delas?

O pré-natal deve ser constituído de atitudes e ações que visem a promoção da saúde e prevenção de doenças, além de diagnóstico e tratamento de intercorrências que podem vir a acontecer no período gestacional (BRASIL, 2013b). Seu principal objetivo é “assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2013b, p. 33).

Perguntadas sobre onde estão realizando ou realizaram o pré-natal, 0,9% responderam que o fazem apenas no Sistema Único de Saúde (SUS), 89,1% disseram fazer o acompanhamento no sistema privado e 10% nas duas redes, pública e privada. Esses dados podem evidenciar que as mulheres não acessaram o direito à saúde pública,

talvez por não confiarem nesse serviço ou ainda acessaram o SUS, mas não se reconhecerem acessando. Em relação a isto, o que se evidencia é que o acesso universal à saúde pública sofre limitações especialmente por parte da classe média brasileira, conforme Reigada e Ramono (2018), que apontam para representações sociais em relação à precariedade e má qualidade dos serviços prestados. O fato é que todas as mulheres participantes deste estudo afirmaram ter acesso ao pré-natal, que é um direito reprodutivo. Ratifica-se, pois, que todas as pessoas têm o direito de ter informações, meios, métodos e técnicas para ter, ou não, filhos (BRASIL, 2013a).

O acompanhamento pré-natal é realizado especificamente por médica(o)s e enfermeiras(o)s. Já o seu desenrolar a partir da preparação para a maternidade, saúde em geral e questões psicodinâmicas próprias do período podem contar com o apoio de outra(o)s profissionais, como dentistas, assistentes sociais, psicóloga(o)s, doulas, agentes comunitária(o)s de saúde, fisioterapeutas, dentre outros (BRASIL, 2018). Quando a OMS decretou a pandemia devido ao novo coronavírus, e estados e municípios adotaram as medidas de contenção à infecção, o acesso às/aos profissionais de saúde teve algumas modificações, é o que afirmam 26,2% das participantes, as quais perceberam restrição de horários de atendimento no pré-natal, assim como de dias e turnos específicos para acesso ao serviço de assistência.

A estratégia de atendimento ao pré-natal se modificou para 33,5% das mulheres, sendo que para 19% alternou entre virtual e presencialmente; para 13,6% houve momentos em que foi interrompido o acompanhamento, mas depois voltou a ser presencial e para 0,9% passou a ser virtual por *WhatsApp*, telefone ou videochamada. Constata-se que diante dessa crise sanitária foi necessário reinventar as formas de cuidado, inclusive adotando modalidades remotas, mas sem perder de vista que a gravidez e o parto são eventos fisiológicos, dentre outras formas de vê-lo, e que impacta diretamente a vida da mulher e de sua família (BRASIL, 2020b).

O Ministério da Saúde preconizou um número mínimo de seis consultas de pré-natal para a gestação de risco habitual, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2000). A recomendação é que haja uma consulta mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente até a 36ª e depois disso as consultas devem acontecer semanalmente até o parto, não existindo alta do pré-natal (BRASIL, 2013b). Tais recomendações foram seguidas por outros organismos da saúde, como a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o que indica a adoção desse protocolo assistencial pelos serviços de atenção obstétrica de maneira geral, ou seja, nos serviços públicos e privados. Nesse estudo, 30,8% das mulheres informaram que houve alteração na frequência dos atendimentos de pré-natal, para 29% houve redução para evitar idas ao consultório e exposição ao risco de contaminação da COVID-19 e para 1,8% houve aumento das consultas para monitorar a gestação. Um dado importante é que 12,2% dessas mulheres afirmaram ter deixado de ir a uma ou mais consultas de pré-natal em detrimento da pandemia.

A imunização também faz parte do protocolo de cuidado durante o pré-natal, visando a proteção da gestante e o bebê. Por esse motivo, o Ministério da Saúde faz indicação de uma série de vacinas e as disponibiliza de forma gratuita na atenção básica para as gestantes e seus/suas parceiro(a)s (BRASIL, 2018). A partir da Caderneta da Gestante, a mulher é avisada quanto a necessidade de tomar a vacina antitetânica (dT), a dTpa, a contra a hepatite B e a contra gripe (influenza). Devido à pandemia 4,5% das mulheres deste estudo deixaram de cumprir tal cronograma de vacinação.

Dentre outras funções, o pré-natal também deve ofertar escuta ativa da mulher e de seus(suas) acompanhantes, esclarecer dúvidas e informar sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas. E neste contexto, se faz importante que a mulher esteja bem-informada sobre os riscos e fatores protetivos quanto ao coronavírus. Entretanto, para 49,8% delas não houve esclarecimento dos possíveis riscos da infecção do COVID-19 para sua gestação. E quanto às medidas de proteção, 52,5% foram esclarecidas em relação ao uso de álcool em gel, lavar as mãos com sabão, uso de máscara, etc.

Ao sondar o que as mulheres têm ouvido sobre os riscos do novo coronavírus no pré-natal, constatamos que 66,5% escutaram que estar gestante aumenta o risco de complicações da infecção pelo vírus, enquanto 41,6% ouviram o mesmo sobre estar no pós-parto. 24,9% das mulheres foram informadas de que estar infectada pela COVID-19 influencia o tipo de parto, 13,6% de que esta condição interfere na amamentação e 42,5% de que há riscos de contaminação para o bebê. A partir desses dados, observa-se que paralelo à pandemia surgiu a necessidade da luta contra a infodemia, “um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que torna difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa” e a desinformação “é uma informação falsa ou imprecisa cuja intenção deliberada é enganar” (OPAS, 2020a). Ambas aumentam os riscos de consequências graves para a saúde pública, além de intensificar o estresse psicológico e a ansiedade (KHAN *et al.*, 2020). O combate às *fakenews* se configura como medida de segurança em saúde no enfrentamento ao jogo e interesses políticos e econômicos que disputam espaços de poder nessa conjuntura pandêmica.

Nessa circunstância, o pré-natal e a atuação da Atenção Primária à Saúde em seus respectivos territórios têm papel crucial, ofertando orientações e esclarecimentos de qualidade baseados no avançar de pesquisas científicas e tranquilizando mulheres quanto aos riscos e meios de proteção adequados em período reprodutivo (ESTRELA *et al.*, 2020). Essa é uma das formas de cuidado, viabilizando o acesso à informação por meio da educação popular em saúde, conforme preconiza os direitos sexuais e reprodutivos.

Por fim, questionamos às participantes os impactos da pandemia durante a realização do seu pré-natal. Disparadamente foi notada a necessidade de cuidados extras ao sair de casa, tais como uso álcool em gel e máscara, lavar as mãos (87,3%). Além disso, a proibição da presença de acompanhante no pré-natal afetou 47,5% delas. Ressalta-se que o Ministério da Saúde indica que é importante acolher o(a) acompanhante da mulher, sem oferecer obstáculos à sua participação no pré-natal e demais momentos do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2013a). Entretanto, durante a pandemia isso não

tem sido recomendado, visando diminuir o fluxo de pessoas em unidades de saúde (FEBRASGO, 2020b). Houve também dificuldade de comunicação durante a consulta em função da necessidade de distanciamento e uso de máscaras (18,6%) e com deslocamento, como uso de transporte público (9,5%). A literatura aponta que a qualidade do pré-natal impacta no momento do parto, as mulheres que se sentem seguras e cientes dos seus direitos têm condições de exigí-los e a presença de acompanhante está associada a redução de violência obstétrica (ESTRELA *et al.*, 2020).

### 3.3 Como foi ou será o parto dessas mulheres?

Conforme preconiza a OMS, a assistência ao parto deve ser qualificada a fim de preservar a saúde da mãe e do bebê, oferecendo segurança e uma experiência positiva para a mulher e sua família (OMS, 2018). Internacionalmente, a OMS propõe recomendações de boas práticas de assistência ao parto a partir de evidências científicas e revisão de protocolos de assistência de vários países. O Ministério da Saúde, principal proponente brasileiro de tais recomendações, segue a referência internacional, traduzindo seus manuais e propondo diretrizes para a condução do parto vaginal e do cirúrgico.

Além dos procedimentos específicos que caracterizam boas práticas baseadas em evidências científicas nas fases do trabalho de parto e parto, preconiza-se que em toda assistência haja cuidados respeitosos, com a manutenção da dignidade e da privacidade, o apoio à escolha informada e a inexistência de maus-tratos. Fica também recomendada a comunicação entre a equipe de saúde e a parturiente, bem como a garantia de acompanhante durante todo o processo (OMS, 2018). Essas indicações favorecem a garantia dos direitos reprodutivos, visto que beneficiam a reprodução livre de discriminação, coerção e violência e possibilita informação e os meios de assim o fazer.

Tais recomendações consideram qualquer tipo de parto, independente da via e do nível de intervenção. O parto transpelviano tem como via de saída a vagina, e pode ser considerado natural, quando não há intervenções, e normal, quando se faz uso de medidas farmacológicas e intervenções na assistência. Já o parto cirúrgico é a cesárea, no qual para a extração do bebê é necessária incisão abdominal e uterina para extração fetal (ZUGAIB, 2016). No Brasil é muito comum a distinção entre parto normal e cesáreo, até mesmo nos manuais elaborados pelo Ministério da Saúde. Assim, perguntamos sobre a preferência do tipo de parto, a maior parte delas escolheram o parto normal (67,4%), embora 60% das que já pariram tiveram o parto cirúrgico como realidade.

Constatamos então, que apesar de preferir um tipo de parto e dizer que participaram dessa escolha (87,7%), a maioria das puérperas (60%) vivenciaram um parto diferente do escolhido. O Ministério da Saúde recomenda que a escolha do tipo de parto deve passar por uma avaliação cautelosa, ao analisar os benefícios e os malefícios de cada um associado ao histórico obstétrico e às particularidades da gestante (BRASIL, 2001). Assim, a opinião e as preferências da mulher devem ser levadas em conta, em processo de diálogo com compartilhamento de informações com base em evidências científicas. Afinal, a escolha do tipo de parto e os procedimentos envolvidos nessa assistência afetam diretamente algo que a pertence: seu próprio corpo e integridade.

Especificamente no contexto da pandemia, a FEBRASGO e o Ministério da Saúde publicaram recomendações sobre atenção à mulher no nível secundário e terciário, prezando pela qualidade e humanização do processo. A primeira lançou um protocolo indicando dentre outras coisas “a antecipação do parto e a realização de cesárea no caso de gestantes que evoluem com sintomas graves ou críticos” (FEBRASGO, 2020a). Já o Ministério, a partir da nota técnica n.º 9/2020, recomenda a obrigatoriedade da triagem da parturiente e de seu/sua acompanhante antes da admissão no serviço obstétrico em relação à COVID-19 (BRASIL, 2020a). Para as triagens positivas, fica recomendado o isolamento da parturiente em regime Pré-parto/Parto/Puerpério, utilização de máscara cirúrgica e protocolo de higienização das mãos, escuta ativa e qualificada por parte dos profissionais para minimizar angústias e ansiedades (BRASIL, 2020a). A presença da infecção por SARS-CoV-2 somente não configura indicação de parto cirúrgico ou indução antecipada do parto, mas deve-se tomar atenção especial a sinais e sintomas de descompensação materna e/ou fetal (BRASIL, 2020a).

A nota técnica n.º 9/2020 expressa que diante de um estado de calamidade pública “infere-se que alguns direitos individuais podem, temporariamente, sofrer restrições em face da predominância dos interesses sociais envolvidos, baseado em no art. 6º, caput, c/c o art. 196, caput, da Constituição Federal, e o art. 19-J, § 2º, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990” (p. 1). É preciso atentar ao poder interpretativo dessa frase, para que a restrição dos direitos individuais, potencialize uma assistência tão marcada pela violência de mulheres, inclusive a violência obstétrica (COUTINHO *et al.*, 2020). Por exemplo, nesta pesquisa 6,3% das mulheres disseram que o parto foi ou será modificado por conta da pandemia. Além do tipo de parto, perguntamos se o parto foi antecipado devido à pandemia, 0,5% respondeu que sim, enquanto 76,9% disseram que não e outras 22,6% acreditavam não estar na época de decidir sobre isso. Outra informação relevante é que 5% tiveram indicação de cesárea devido à pandemia pelo(a) médica(o) que as assistiram mesmo sem estarem contaminadas pelos vírus ou em sofrimento relacionado à doença ou outras causas.

Como salientado, existem recomendações específicas que relacionam a COVID-19 ao parto cirúrgico, e mesmo assim profissionais de saúde o indicam sem essas considerações. Este fenômeno se assemelha ao alto índice de cesarianas realizadas no Brasil, resultado da falta de informação por parte da gestante e do interesse da(o) profissional de saúde pela realização de tal procedimento, dentre outros fatores influentes (RODRIGUES *et al.*, 2019). A indicação de cesárea eletiva é uma das tantas ações consideradas como violência obstétrica, termo usado para sinalizar:

“[...] todos os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue (CIELLO *et al.*, 2012, p. 60).

As participantes deste estudo pariram ou decidiram parir principalmente em maternidade privada (68,8%) em detrimento de 17,2% que foram ou serão assistidas em maternidade pública. Também apareceram casos em que o parto se deu ou se dará em casa (3,6%) ou em Centros de Parto Normal (CPN) (4,5%). A escolha do local de parto é uma importante decisão que deve considerar o histórico da parturiente em relação a outros partos, a existência ou não de condições clínicas preexistentes e a preferência da mulher. O parto em casa costuma estar associado ao conforto e à segurança da mulher por ser um lugar conhecido e cuja privacidade será resguardada. Especificamente em tempos de pandemia, a FEBRASGO não indica o parto de mulheres suspeitas ou confirmadas com o novo vírus em domicílios ou em CPN, porque estas devem ser internadas em hospitais de referência, com maior nível de complexidade para o caso de intercorrências materna e/ou fetais (FEBRASGO, 2020a).

Um importante direito adquirido pela mulher durante a gestação é o de vincular-se à maternidade de referência para o seu parto e possíveis intercorrências durante o seu pré-natal, conforme a lei federal n.º 11.634/2007 (BRASIL, 2007). Assim, desde o início do acompanhamento da gestação, a mulher deve saber qual a maternidade que vai atendê-la, e a instituição por sua vez deve se preparar para receber uma quantidade de parturientes. Mesmo assim, a gestante que necessita de assistência deve ser cuidada na primeira unidade de saúde que acessar, e se a unidade não estiver capacitada para atender a sua demanda deve ofertar transporte seguro para outro local que possa atender a gestante em suas necessidades de forma qualificada (BRASIL, 2005). Assegurar tais direitos busca erradicar a peregrinação em saúde, fenômeno que aumenta o número de morbimortalidade materna e neonatal devido ao atendimento tardio (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

Essa articulação com unidade de parto de sua referência é fundamental para dar às mães uma base de segurança no local do parto, evitar agravos, promover a saúde e alcançar bons resultados, satisfazendo a mulher e sua família durante o período perinatal (BRASIL, 2014), e deveria incluir aquelas que são assistidas por serviços públicos ou privados. A visita por vezes é acompanhada de palestras sobre amamentação, cuidados na gestação e pós-parto, conhecimento do espaço físico e noções básicas sobre o parto e o nascimento. Então, perguntamos se as participantes da pesquisa visitaram a maternidade de referência para o parto, 20,8% disseram que sim, 44,3% disseram que não e as demais (34,8%) disseram não ter visitado por conta da pandemia. De fato, este é um direito que dificilmente tem sido assegurado durante a pandemia em função das medidas de proteção às parturientes que estão sendo assistidas pelas maternidades, bem como as gestantes que desejam fazer a visita para evitar exposições desnecessárias a ambientes de risco à infecção.

Outro direito conquistado pela mulher quanto ao trabalho de parto, parto e pós-parto é o de ter acompanhante de sua preferência, seja por via vaginal ou cirúrgica, assistida em rede pública e privada (BRASIL, 2005). A lei n.º 11.108/2005 é válida para todo o país e tem seus benefícios comprovados por estudos científicos, pois o suporte na cena do parto possibilita o encorajamento, tende a diminuir a ansiedade materna e

produzir bons resultados perinatais, além de possivelmente coibir ações violentas (DOMINGUES, 2002; COSTA *et al.*, 2019).

Em tempos de pandemia de COVID-19, a recomendação do Ministério da Saúde é de manter o direito a um acompanhante no momento do trabalho de parto e parto, quando este for assintomático e fora do grupo de risco, sendo que se a parturiente apresentar os sintomas, este só é permitido se for do seu convívio diário (BRASIL, 2020a). Apesar disso, 7,2% disseram que o local de parto não garante ou garantiu a presença de um(a) acompanhante de sua confiança durante a assistência e 29% das gestantes não souberam informar sobre a garantia desse direito. Visualizando seus benefícios, parece de grande importância a manutenção do direito a esse suporte durante a assistência ao parto, mesmo em tempos pandêmicos, tomando os cuidados necessários. Carece informar melhor às mulheres sobre seus direitos adquiridos durante o ciclo gravídico-puerperal, para que possam gozar deles mesmo em contextos complexos de saúde.

Já no pós-parto, o(a) acompanhante é dispensado(a) para a parturiente e o bebê, que seguem sem complicações clínicas, assim como as visitas, a fim de minimizar o fluxo de pessoas na unidade de saúde (BRASIL, 2020a). Esses foram impactos sentidos pelas participantes desse estudo, visto que 68,8% lamentaram o não recebimento de visitas para si e para o bebê, e 42,1% a ausência de acompanhante durante o internamento hospitalar de pós-parto. Outros incômodos sentidos foram: a insegurança de estar no mesmo contexto de saúde que pacientes suspeito(a)s/confirmado(a)s com a COVID-19 (46,2%); a necessidade de se manter de máscara de proteção (45,2%); o medo do contato com outras pessoas sem a devida proteção (35,3%); e a falta de equipamento de proteção, como máscara, álcool em gel ou água e sabão na maternidade (19,9%). Especialmente quanto às medidas protetivas que deveriam ser ofertadas, desde equipamentos aos cuidados específicos requeridos no período atual, é importante verificar que há, considerando os dados, uma deficiência na assistência prestada o que recai sobre a vulnerabilidade programática que estas mulheres estão expostas, assim como potencial adoecimento psíquico frente a tais estressores.

É relevante salientar que este tem sido um período em que as mulheres têm vivenciado mais episódios de violência, sobretudo doméstica, advinda do confinamento social com parceiro(a)s atuais ou antigos. Neste estudo identificamos que 12,2% vivenciaram experiências de violência. Delas, 5% passaram pela institucional, caracterizada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a exames e tratamento desumano por parte dos profissionais de saúde; e 3,2% passaram por negligência, faltando apoio para se deslocar para serviços essenciais e colaboração financeira. Ambas as experiências ferem os princípios de dignidade preconizados pelos organismos internacionais e pelo SUS (BRASIL, 1990). Lobo (2020) alerta para outra pandemia paralela à COVID-19, a da violência doméstica, bem como para as condições que dificultam às mulheres a comunicarem essa dor neste período de isolamento social. A falta de recursos para acessar serviços essenciais revela a face das iniquidades de proteção

social dessas mulheres em circunstâncias tão complexas como estas que a pandemia de COVID-19 impõe.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados levantados, foi possível descrever como as gestantes e puérperas brasileiras têm acessado o acompanhamento de pré-natal e a assistência ao parto no contexto da pandemia de COVID-19, ambos garantidos pelos direitos reprodutivos. O acompanhamento pré-natal da maioria das participantes aconteceu no sistema privado de saúde, e sofreu alterações na frequência de consultas, exames laboratoriais e de imagem e imunização. As mulheres sentiram falta de acompanhantes nesta etapa dos cuidados em saúde e demonstraram desconfortos frente a necessidade de cuidados extras ao sair de casa, tais como álcool em gel, máscara e lavar as mãos.

No que tange ao parto, a maioria das mulheres também acessou a assistência por meio do sistema privado de saúde, tendo como via de parto predominante a cesárea. Parte delas deixaram de acessar direitos preconizados ao ciclo gravídico-puerperal, como o de conhecer a maternidade de referência e a presença de acompanhante durante o parto. Outro ponto relevante é a disseminação de informações imprecisas quanto à doença associada ao ciclo gravídico-puerperal. Mesmo considerando que a maioria das participantes desse estudo acessaram o sistema privado, é importante salientar que a Atenção Primária em Saúde pode assumir a centralidade e ordenamento desse cuidado colaborando inclusive com o combate à infodemia e à desinformação, dada a sua capilaridade nos municípios e por preconizar ações de promoção de saúde.

É importante que, nesse momento de pandemia, mais do que nunca, profissionais de saúde reinventem novos modos de se relacionar, de produzir cuidado eticamente centrado e tomem como ponto de partida o fortalecimento de lutas, como a equidade de gênero e do direito à qualidade da assistência, do acesso, das boas práticas, zelando sempre pela segurança da mulher e da equipe de saúde.

De modo geral, o estudo permitiu considerar as vulnerabilidades em saúde para, num olhar integrativo, pensar possibilidades de práticas em saúde da mulher e atenção obstétrica em saúde. A lacuna científica que justificou pela incipiência de publicações, nacionais e internacionais, que escutem gestantes que estão fazendo pré-natal e mulheres paridas, nessa conjuntura sanitária atual. Embora haja uma série de protocolos de atendimento às mesmas, faz-se necessário ampliar a compreensão dos marcadores sociais que se manifestam na vida cotidiana, por exemplo, na compreensão se as mulheres têm conseguido ter acesso ao pré-natal, consultas e calendários de vacinação, dada a insegurança em se contaminar com vírus, seja pela dificuldades de deslocamento e até mesmo interrupção na oferta desse tipo de serviço.

Dentre as limitações encontradas no percurso, a mais sentida foi o baixo alcance no que tange a diversidade de mulheres que responderam à pesquisa. Sabendo da pluralidade dos modos de viver a assistência em saúde a depender de marcadores sociais, como raça/cor, local de moradia, escolaridade, perfil socioeconômico, orientação sexual,

gênero e demais facetas, se fazia indispensável acessar as mulheres brasileiras em sua pluralidade. Embora o percurso metodológico tenha sido cuidadoso do ponto de vista a captar o maior número de respondentes possível, o modo de coleta escolhido foi enviesado, não alcançando grávidas e puérperas de forma equânime. Considerando os achados deste estudo, faz-se necessária também a investigação qualitativa do acesso de gestantes e puérperas aos serviços públicos de saúde, e sobre a garantia dos seus direitos reprodutivos. É fundamental que pesquisas futuras se voltem aos impactos psicossociais acarretados para este público, elemento que não foi devidamente explorado pelo escopo deste estudo.

Por fim, a parceria firmada entre duas universidades sertanejas possibilitou o avanço e fortalecimento na produção do conhecimento científico sobre aspectos da COVID-19 fora dos grandes centros, tendo em vista que ambas estão localizadas em cidades-pólo no interior nordestino. Do ponto de vista do avanço do conhecimento científico, considerar seu caráter multicêntrico e interdisciplinar se mostrou como potente na construção da pesquisa, e orientamos que os esforços acadêmicos se voltem ao compartilhamento de saberes e parcerias interinstitucionais em saúde.

## Referências

- AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, jun. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 nov. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S., AKERMAN, M., CARVALHO, Y. M., MINAYO, M. C. S., DRUMOND JÚNIOR, M. (orgs). *Tratado de saúde coletiva*, 2ª ed. São Paulo: Hucitec. 2012. p. 375 - 418.
- BRASIL, Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005. Garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*: Brasília, 2005. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 08 nov. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS*. v. 4: Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 6 nov. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso: 5 nov. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 32, Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso: 7 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta da gestante*, 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica n.º 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. 2020a. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI\\_MS-0014382931-Nota-Tecnica\\_9.4.2020\\_parto.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf). Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Principais Questões sobre COVID-19 e Gestação: Atenção Pré-Natal e em Maternidades*. [S. l.], 2020b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-covid-19-gestacao-atencao-pre-natal-e-em-maternidades/>. Acesso: 10 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada*, 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_clinico\\_covid-19\\_atencao\\_especializada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf). Acesso em: 6 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos Atenção Básica*, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológico do Óbito Materno*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf). Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007 n.º 11.634, de 28 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*, Brasília, 2007. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm). Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso: 4 nov. 2020.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S., AKERMAN, M., CARVALHO, Y. M., MINAYO, M. C. S., DRUMOND JÚNIOR, M. (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. 2012. p. 669-688.

CETIC. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação. *Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros - TIC Domicílios 2019*. Disponível em: <https://cetic.br/pt/tics/domicilios/2019/domicilios/A4/>. Acesso em: 24 mar. 2021.

CIELLO, C. *et al.* Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

COSTA, M. P *et al.* Violência Obstétrica sob o olhar das mulheres: análise de discurso In: PEREIRA, D. *As Ciências da Vida frente ao Contexto Contemporâneo 3*. Ponta Grossa: Editora Atenas, 2019, cap. 27, p. 224-239.

COUTINHO, R. Z. *et al.* Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 37, e0130, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982020000100552&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982020000100552&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 mar. 2021.

DEMENECH, L. M. *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DOMINGUES R. M. S. M. *Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5214/2/ve\\_Rosa\\_Maria\\_ENSP\\_2002](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5214/2/ve_Rosa_Maria_ENSP_2002). Acesso em: 7 nov. 2020.

ESTRELA F. M. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2020. Disponível

em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v30n2/0103-7331-physis-30-02-e300215.pdf>.  
Acesso em: 10 nov. 2020.

FEBRASGO. *Recomendações FEBRASGO para o GO em tempos de COVID-19*. 2020b. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/covid19/item/975-recomendacoes-febrasgo-para-o-go-em-tempos-de-covid-19>. Acesso em: 3 nov. 2020.

FEBRASGO. *Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19*. 2020a. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 7 nov. 2020.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOOKS, bell. *Teoria feminista: da margem ao centro*. São Paulo: Perspectiva, 2019.

KHAN, S. *et al.* Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health*, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.jogh.org/documents/issue202001/jogh-10-010331.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2020.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Brasil, 1999. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11012.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

LOBO, J. C. Uma outra pandemia no Brasil: as vítimas da violência doméstica no isolamento social e a “incomunicabilidade da dor”. *Tessituras* v. 8, n. 1, 2020. Disponível: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/tessituras/article/view/18901/11445>. Acesso: 25 mar. 2021.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo*. 1994.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Painel do WHO Coronavirus Disease (COVID-19)* (online). 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 16 mar. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D21EA059E1B364118F658A880520E1F9?sequence=1>. Acesso em: 9 nov. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Entenda a Infodemia e a Desinformação na Luta Contra a Covid-19*. [S. l.], 2020a. Disponível em:

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic\\_por.pdf?sequence=14](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14). Acesso: 6 nov. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Gênero e COVID-19: Orientações para Advocacy*, 14 de maio de 2020 (online), 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52432/OPASWBRACOVID-1920085\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52432/OPASWBRACOVID-1920085_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 10 nov. 2020.

PIMENTEL, R. M. M. *et al.* A disseminação da covid-19: um papel expectante e preventivo na saúde global. *J Hum Growth Dev*, s. 1, v. 30, n. 1, p.135-140, fev. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v30n1/pt\\_17.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v30n1/pt_17.pdf). Acesso em: 4 nov. 2020.

REIGADA, C. L. L.; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 28, n. 03, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280316>. Acesso: 23 mar. 2021

RODRIGUES, B. S. S. L. *et al.* Cultura da Cesariana: fatores relacionados a alta taxa do procedimento no Brasil. *Revista Saúde Dinâmica*, v. 1, n. 2, 2019, Disponível em: <http://www.revista.faculadedinamica.com.br/index.php/sausedinamica/article/view/20/19>. Acesso em: 7 nov. 2020.

SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar./abr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso: 10 nov. 2020.

TAKEMOTO, M, L. S. *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42199/2/ijgo.13300.pdf>. Acesso: 8 nov. 2020.

VINUTO, J. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 44, n. 22, p. 203- 220, ago. 2014.

ZUGAIB, M. *Zugaib Obstetrícia*, 3 ed. Barueri: Manole, 2016.