

COVID-19 e o impacto nos cuidados de saúde às mulheres na Atenção Primária à Saúde

COVID-19 and its impact on women's healthcare in Primary Health Care

COVID-19 y su impacto en cuidado de las mujeres en la Atención Primaria de Salud

Vasconcelos, Taíse Pereira Fernandes;¹ Gonçalves, Roberta Lima;² Fernandes, Sheila Milena Pessoa dos Santos;³ Colaço, Elisabete Oliveira;⁴ Silva, Lincon Ruan da⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer como ocorreram as ações e serviços direcionados às mulheres na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de Covid-19. **Método:** estudo descritivo com abordagem qualitativa, que teve a História Oral como referencial metodológico. A coleta de dados foi realizada com profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, que prestaram assistência à mulher durante a pandemia causada pela COVID-19. **Resultados:** por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática emergiram três categorias empíricas: Assistência direcionada à mulher em tempos de COVID-19; Readequações cotidianas no enfrentamento da COVID-19; e Crescimento no uso das redes sociais na atenção à saúde no contexto pandêmico. **Conclusões:** verificou-se a descontinuidade das ações de saúde direcionadas às mulheres na Atenção Primária à Saúde, reorganização do fluxo de atendimento com medidas preventivas e implementação do teleatendimento e da comunicação via redes sociais.

Descritores: Saúde da mulher; Serviços de saúde da mulher; Direitos sexuais e reprodutivos; COVID-19; Atenção primária à saúde

ABSTRACT

Objective: to understand how actions and services aimed at women in Primary Health Care were carried out during the COVID-19 pandemic. **Method:** a descriptive study with a qualitative approach, using Oral History as the methodological framework. Data were collected from health professionals in Primary Health Care who provided care to women during the COVID-19. **Results:** through the Thematic Content Analysis technique, three empirical categories emerged: Assistance aimed at women in times of COVID-19; Daily readjustments in coping with COVID-19; and Growth in the use of social networks in health care in the pandemic context. **Conclusions:** there was a discontinuity in health actions aimed at women in Primary Health Care, a reorganization of care flows with preventive measures, and the implementation of telecare and communication through social media.

Descriptors: Women's health; Women's health services; Reproductive rights; COVID-19; Primary health care

¹ Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, Paraíba (PB). Brasil (BR). E-mail: taisepf22@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-2941-3623>

² Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, Paraíba (PB). Brasil (BR). E-mail: roberta.lima@professor.ufcg.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8074-4610>

³ Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, Paraíba (PB). Brasil (BR). E-mail: sheila.milena@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9396-9192>

⁴ Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, Paraíba (PB). Brasil (BR). E-mail: elisabeteocolaco@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3189-5121>

⁵ Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, Paraíba (PB). Brasil (BR). E-mail: lincon.enf@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0009-0006-3450-0945>

RESUMEN

Objetivo: conocer cómo ocurrieron las acciones y servicios dirigidos a las mujeres en la Atención Primaria de Salud durante la pandemia de Covid-19. **Método:** estudio descriptivo con enfoque cualitativo, que utilizó la Historia Oral como referencial metodológico. La recolección de datos se realizó con profesionales de salud de Atención Primaria de Salud, que brindaron asistencia a las mujeres durante la pandemia provocada por la COVID-19. **Resultados:** a través de la técnica de Análisis de Contenido Temático emergieron tres categorías empíricas: Asistencia dirigida a las mujeres en tiempos de COVID-19; Ajustes diarios para afrontar el COVID-19; y Crecimiento del uso de redes sociales en salud en el contexto de pandemia. **Conclusiones:** hubo discontinuidad de las acciones de salud dirigidas a las mujeres en la Atención Primaria de Salud, reorganización del flujo de atención con medidas preventivas e implementación de la teleasistencia y comunicación vía redes sociales.

Descriptores: Salud de la mujer; Servicios de salud para mujeres; Derechos sexuales y reproductivos; COVID-19; Atención primaria de salud

INTRODUÇÃO

Diante do cenário pandêmico da COVID-19 instalado em todo o mundo, as mais variadas áreas da vida social foram afetadas, dentre elas, a rotina dos serviços direcionados à saúde em todos os níveis de atenção.¹ Na Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser a porta de entrada dos usuários na rede de atenção à saúde, a logística de funcionamento foi impactada e houve a necessidade de que os espaços físicos e as práticas dos profissionais fossem ajustadas, a fim de atender a emergência sanitária, em conciliação com a demanda cotidiana inerente a este nível de atenção.²

Em várias regiões, os cuidados em saúde foram descontinuados e houve a necessidade de reorganização da oferta dos serviços conforme o estabelecimento de prioridades, na qual, deveria ser incluído o enfrentamento da emergência sanitária da COVID-19. Apesar disso, não houve até o primeiro semestre de 2021 em nível nacional, diretrizes emitidas pelo Ministério da Saúde específicas para a APS, embora seja o nível de atenção com maior proximidade com os usuários.³

Desta forma, sob o comando dos gestores municipais, os trabalhadores de saúde tiveram seus fluxos de atendimentos reestruturados e/ou interrompidos, em uma adaptação nem sempre harmônica, devido aos contextos socioeconômicos peculiares a cada município.²

Na área de saúde das mulheres, os serviços ofertados nas unidades de saúde como, pré-natal, planejamento sexual e

reprodutivo e coleta de citopatológico foram pausados, principalmente, nos primeiros meses da pandemia.⁴ Contudo, o impacto maior, foi para as gestantes e puérperas, pois nesta fase, existem mudanças fisiológicas e imunológicas que vulnerabilizam as mulheres às complicações da COVID-19.⁵

De acordo com os dados do Painel Informativo do Coronavírus no Brasil, até o mês de setembro de 2024 foram confirmados 714.597 óbitos por COVID-19, sendo parte destes, correspondentes a óbitos maternos de gestantes e puérperas que se infectaram, totalizando mais de 2 mil mortes.⁶

Esta alta incidência de óbitos trouxe ao país, destaque mundial devido à alta taxa de mortalidade materna pela COVID-19, relacionada ao atendimento pré-natal de baixa qualidade, recursos insuficientes para administrar cuidados críticos e de emergência e altas taxas de cesarianas. Desta forma, deflagrou-se durante a pandemia um cenário que evidenciava, ainda mais, as falhas no cuidado das mulheres no ciclo gravídico puerperal e o aumento de intervenções sem evidências científicas.⁷

Tal contexto, convergiu para que gestantes e puérperas fossem incluídas no grupo de risco para COVID-19 durante a pandemia.⁸ Mesmo assim, houve dificuldades com relação aos exames laboratoriais de testagem destas mulheres, bem como, a ausência de protocolos específicos e estratégicos para

cada região do país, a fim de manejar essa problemática.⁵

Ademais, apesar da Razão de Morte Materna (RMM) elevada, no Brasil, as gestantes e puérperas só foram inseridas no calendário vacinal como grupo prioritário para receber a imunização contra COVID-19, dois meses após seu início no país, de acordo com a Nota Técnica número 1/2021 - DAPES/SAPS/MS.⁹

Ainda no âmbito de saúde das mulheres, também houve registro de um aumento de óbitos relacionados ao feminicídio. As mulheres passaram a conviver mais tempo com os seus agressores, do mesmo modo, passaram a ter menos acesso às redes de proteção e aos canais de denúncia.¹⁰ Deste modo, a violência doméstica que antes era considerada elevada no Brasil, durante a pandemia, teve seu agravamento com o isolamento social imposto pela rápida disseminação da COVID-19.¹¹

Tal contexto motivou este estudo, cujo objetivo foi: conhecer como ocorreram as ações e serviços direcionados às mulheres na APS durante a pandemia por COVID-19.

MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Para a elaboração utilizou-se os critérios estabelecidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) como ferramenta de apoio adequada à pesquisa qualitativa.¹²

Como referencial metodológico recorreu-se a História Oral que se caracteriza por obter informações de entrevistados que vivenciaram episódios semelhantes ao foco da pesquisa, resgatando acontecimentos e histórias de maneira oral, possibilitando a contribuição viva para a pesquisa.¹³

A seleção dos participantes ocorreu por meio da técnica *Snowball*, que se caracteriza por ser intencional.¹⁴ Foram convidados a participar do estudo os profissionais de saúde que exerciam suas atividades nas unidades de APS e que prestaram assistência à saúde reprodutiva e sexual das mulheres durante a

pandemia. Com relação ao local de trabalho, a amostra foi composta por profissionais de diferentes estados brasileiros, como a Paraíba, Pernambuco, Ceará e Rondônia.

Inicialmente foi escolhido um participante que atuava na APS do município dos pesquisadores e que não suspendeu as atividades assistenciais durante a pandemia da COVID-19. Em seguida, solicitou-se ao informante-chave a indicação de outras pessoas com o perfil necessário para este estudo, de acordo com as orientações dos pesquisadores, sendo indicado dois informantes-chave. À medida que a coleta de dados ocorreu, foram sendo solicitadas novas indicações a estes participantes com as características solicitadas pelos pesquisadores a fim de evitar viés de indicação. Esta indicação de novos participantes ocorreu, até o momento em que houve saturação dos dados.¹⁴ A obtenção de dados foi encerrada a partir da identificação de repetição de informações no conteúdo dos discursos dos entrevistados.

Ressalta-se que os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde da APS que exerceram ou estavam exercendo suas atividades direcionadas às mulheres durante a pandemia no Brasil pela COVID-19, durante o período de coleta de dados, que ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2021.

De início, foi estabelecido contato com as participantes, que se deu por telefone ou por meio virtual, para que houvesse o agendamento. Não houve recusas a participação. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada entrevista guiada por um roteiro semiestruturado elaborado pela pesquisadora, que foi realizada por plataformas digitais ou aplicativo e em horários estabelecidos pelas participantes.

Neste roteiro estavam contidas sete questões, a saber: 1 - Como você vê a oferta de ações e serviços direcionados à mulher na APS na perspectiva de garantia de direitos reprodutivos?; 2 - Durante a pandemia por COVID-19 como essas ações e serviços direcionados à mulher na APS foram mantidos?; 3 - Como foram ajustadas as ações e serviços direcionados à mulher frente aos cuidados necessários

de distanciamento social?; 4 - Quais as dificuldades enfrentadas para a manutenção das ações direcionadas às mulheres?; 5 - Com relação às mulheres, a procura ao serviço foi alterada devido à pandemia por COVID-19?; 6 - O que você acha que poderia ter oferecido às mulheres no serviço, na perspectiva de garantia dos direitos reprodutivos e que não foi possível?; 7 - Como você se sente em relação a isso?.

Deste modo, diante da formalização da anuência por meio digital, bem como, a verbalização no início da entrevista, as participantes tiveram seus áudios gravados em equipamento MP4, totalizando duração de 215 minutos e 25 segundos, com média de 19 minutos. De maneira adicional, também foi utilizado o diário de campo ao final das entrevistas a fim de resgatar as impressões da pesquisadora acerca das entrevistadas. A fim de preservar a identidade das participantes, foi utilizada a letra “E” seguida da numeração referente à realização das entrevistas (E1 a E11).

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e foram analisadas por meio da técnica de Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin.¹⁵ Esta técnica se organiza em três etapas, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e inferência e interpretação.

A princípio, um dos pesquisadores procedeu à organização e leitura exaustiva do material transscrito, com o objetivo de identificar as ideias centrais. Em seguida, sob orientação de um segundo pesquisador que também realizou a leitura dos dados, foi realizada a seleção dos códigos e trechos relevantes das falas dos participantes. Esses códigos foram agrupados por similaridade temática, originando as categorias de análise. Por fim, as categorias definidas foram interpretadas à luz de referencial teórico, a fim de compreender o significado dos discursos e a relação com os objetivos do estudo.

O estudo foi realizado respeitando as recomendações advindas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que

regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.¹⁶ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 37073020.8.0000.5182 parecer de aprovação nº 4.329.153.

RESULTADOS

Participaram do estudo 11 profissionais de saúde do sexo feminino, com idade entre 24 e 56 anos. Destas, 07 (63,6%) eram casadas, 03 (27,3%) eram solteiras e 01 (9,1%) era viúva. Em relação à categoria profissional dentro da equipe de saúde da APS: 10 (90,9%) participantes eram enfermeiras e 01 (9,1%) era médica.

Quanto ao nível de escolaridade 07 (72,73%) tinham pós-graduação do tipo especialização e 04 (36,4%) possuíam pós-graduação do tipo mestrado. Com relação ao local de trabalho, 07 (63,64%) eram no estado da Paraíba, 02 (18,18%) eram no estado de Pernambuco, 01 (9,1%) trabalhava no Estado do Ceará e 01 (9,1%) no estado de Rondônia.

Da análise dos dados empíricos, emergiram três categorias empíricas: (1) Assistência direcionada à mulher em tempos de COVID-19; (2) Readequações cotidianas no enfrentamento da COVID-19 e (3) Crescimento no uso das redes sociais na atenção à saúde no contexto pandêmico que serão apresentadas a seguir.

Assistência direcionada à mulher em tempos de COVID-19

De acordo com os relatos a pandemia trouxe impacto na oferta da assistência:

[...] É a pandemia ela trouxe muitos problemas, primeiro que a gente não foi treinado para trabalhar, né? (E1)

[...] Então assim, a gente teve que se reinventar, tentar entender [risos] a forma que tava acontecendo pra trazer segurança principalmente para o usuário e para nós os profissionais, né? (E9)

Na área de saúde das mulheres, todas as entrevistadas afirmaram que os serviços direcionados a esse público foram descontinuados no início da pandemia:

[...] A gente ficou um período de uns 20 dias sem realizar [pré-natal] [...]. O preventivo também nós ficamos um período de uns 60 dias sem realizar [...]. (E7)

[...] A gente voltou a fazer os atendimentos pré-natais depois de quase [...] um mês de pandemia, e com agendamento prévio e também consultas remotas [...]. Com relação aos citológicos [...] ficamos de [...] março até setembro sem atendimento citopatológico a não ser que fosse alguma urgência, alguma necessidade assim mais urgente da, da mulher [...]. (E4)

[...] a mulher no período puerperal realmente houve, [...] prejuízo. [...] então maio, junho, julho as mulheres que ganharam bebê nesse período ficaram sem a visita. (E8)

As entrevistadas elencaram os motivos para a interrupção das atividades:

[...] a gente não tava indo visitar com medo de se contaminar também, de a gente acabar contaminando a gestante, o recém-nascido, aí inicialmente a gente ia naqueles casos realmente necessários. (E6)

[...] A prevenção a gente parou porque realmente eu estava atendendo com janela aberta, não tinha como estar fazendo um procedimento, né? Desse jeito. (E2)

Por ser uma doença nova, com aspectos desconhecidos, a COVID-19 ocasionou medo nas profissionais de propagarem a infecção aos pacientes ou de se contaminarem. Ademais, os ambientes pouco ventilados das Unidades Básicas de Saúde (UBS) inviabilizavam alguns atendimentos como a coleta para o citopatológico, uma vez que deveria permanecer com a janela aberta. Por meio

dos relatos é possível perceber que houve uma interrupção na oferta dos serviços essenciais oferecidos às mulheres devido à pandemia. Contudo, paulatinamente esses serviços foram voltando, mas de forma insuficiente.

[...] E de rotina só os pré-natais, sabe? Agendados. [...] Prevenção que a gente parou! [...] A gente não parou a visita de puerpério [...]. A entrega de anticoncepcional continuou, só que a pessoa não vinha, os agentes de saúde quem renovavam as receitas, traziam e eu renovava todas [...]. (E2)

[...] o único serviço que a gente ficou de fato foi os pacientes com sintomas gripais e as gestantes que a gente ficou acompanhando [...]. (E9)

Nota-se que devido à pandemia do novo coronavírus os serviços de saúde tiveram que reorganizar seus atendimentos a fim de privilegiar os casos suspeitos da doença. Neste sentido, na área de saúde das mulheres, o atendimento à gestante e à puérpera foram priorizados na maioria dos relatos, em detrimento aos outros atendimentos como o planejamento familiar e o Citopatológico do Colo de Útero (CCU):

[...] as ações de planejamento reprodutivo assim, tão bem comprometidas no município, porque nós não temos uma regularidade dos métodos contraceptivos [...] Existia a irregularidade, né? Se manteve e assim, continua! [...]. (E1)

[...] A citologia... então... é... naquele momento no ano passado, naquele momento de pico, primeira onda que a gente teve né? Ali maio, junho e julho a citologia ela foi suspensa, né? A gente retornou os atendimentos a partir de agosto [...]. (E8)

O retorno da oferta do pré-natal foi mais rápido do que os demais serviços. Todavia, apesar dos cuidados dos profissionais de saúde, o número de pessoas com COVID-19 aumentou em todo

o país. De acordo com as entrevistadas, algumas gestantes também se infectaram:

[...] Tive um caso de uma gestante que era início de gestação, ela perdeu, abortou. Ela estava com COVID! (E1)

[...] Complicações por COVID tivemos uma, mas ela já tinha uma comorbidade maior, ela tinha Lúpus [...] foi encaminhada para o atendimento ficou internada, mas infelizmente veio a óbito [...] e outra a gente teve uma complicaçöozinha porque, além disso, ela está com a diabetes gestacional [...]. (E3)

[...] Nós tivemos uma gestante que veio a óbito, mas também ela era cardiopata [...]. (E5)

[...] Tive uma gestante que complicou por COVID. [...] O bebê nasceu prematuro, com 24 semanas [...]. (E9)

Os casos de gestantes com COVID-19 tiveram como desfechos o aborto, o nascimento prematuro do bebê e óbito materno. As entrevistadas ressaltaram que nos casos que ocorreram complicações da COVID-19, as mulheres apresentavam comorbidades como diabetes gestacional, cardiopatia e lúpus.

Outro aspecto presente nas narrativas relaciona-se à violência doméstica. De acordo com as entrevistadas:

[...] houve aumento sim, teve registro sim! [...] essas mulheres elas acabam procurando o hospital [...]. Essa pandemia trouxe este outro lado ruim. As mulheres tiveram sim violência aqui no nosso município [...]. (E7)

[...] A gente fica sabendo da situação, algumas mulheres a gente faz a orientação, né? [...] Procurar o serviço. Em [nome do município] temos um atendimento de violência a mulher que funciona no hospital da mulher que é da prefeitura. [...] Porque lá eles têm o atendimento

médico, tipo uma delegacia [...] ponto de registrar o BO e todo processo. Então tem apoio psicológico, tem apoio da parte médica, tem apoio dessa questão policial [...] Então a gente faz a escuta e o direcionamento pra esse serviço. (E10)

O acréscimo dos casos de violência doméstica devido ao isolamento social foi reconhecido pelas participantes do estudo, evidenciado pelo aumento da procura de mulheres vítimas aos hospitais e as UBS. Ressalta-se que devido à violência doméstica ser um assunto socialmente velado as profissionais relataram que:

[...] No nosso território a gente não percebeu aumento não. Porque elas [as mulheres] também, elas ainda não divulgam, não divulgam muito né? [...] Não denunciam [...]. (E5)

[...] A gente tem relato dos agentes comunitários de saúde [...] Mas assim, até a questão de averiguar os fatos e tal, a gente não soube de nenhum caso assim, denúncia seria contra a mulher [...]. (E4)

As denúncias dos casos de violência doméstica foram raras e não há menção de notificação e/ou busca ativa dos casos. Outro aspecto relevante pôde-se ser evidenciado em um discurso dúbio quando a profissional de saúde refere:

[...] Lá não [houve casos de violência doméstica]! [...] Agora assim, na mídia aqui no Cariri como um todo, que eu escuto sempre o jornal da rádio tempo, passa muito isso, mostrando a quantidade de violência contra a mulher, que aumentou! (E2)

Apesar da violência doméstica ser vista em toda a região que a UBS está inserida, inclusive com aumento do número de casos, a entrevistada nega que ocorra em sua área de abrangência e não apontou nenhuma iniciativa de busca de casos, podendo-se inferir que os casos podem estar ocorrendo e não sendo visualizados pelos profissionais de saúde.

Readequações cotidianas no enfrentamento da Covid- 19

Com o crescimento do aumento de casos de COVID-19, as ações e os serviços de saúde tiveram que se ajustar à nova demanda de atendimento. Para isso, eles adaptaram o funcionamento com as medidas preventivas para conter a contaminação pela COVID-19:

[...] Quando começou eu fiz as marcações na unidade [...] de onde pode ficar sentado, mantendo o distanciamento [...]. (E3)

[...] A gente agendava, [...] os pré-natais pela manhã e à tarde, e nesses horários que tinha pré-natal a gente procurava não atender síndrome gripal [...]. (E6)

[...] O que a gente poderia fazer é, [...] aquelas gestantes que não tinham intercorrências, que estavam com suas consultas em dia, exames em dia, sem alteração, a gente dava um espaço maior entre uma consulta e outra [...]. (E1)

Os relatos demonstram a readequação dos serviços para minimizarem os riscos de contaminação da COVID-19 dentro dos serviços, como manter o distanciamento por meio da organização das cadeiras e deixando o momento de espera das consultas em local aberto. O atendimento do pré-natal foi realizado nos horários e turnos que estas não fossem expostas a outros usuários que tivessem síndrome gripal. Do mesmo modo, outro cuidado com as gestantes a fim de diminuir o número de ida desse público a UBS, foi ampliar o espaçamento entre as consultas de pré-natal.

Outros achados indicam que houve uma preocupação com a salubridade no próprio serviço para evitar proliferação da COVID-19:

[...] No início teve muita falta [de Equipamento de Proteção Individual - EPI], inclusive teve momentos que se parou os atendimentos por falta

de EPI's, [...] mas depois isso normalizou [...]. (E5)

[...] Para que a gente conseguisse realmente ajustar a essa questão dos EPI's, foram meses, a fim de fechar a unidade porque a gente não tinha EPI com segurança, né? [...]. (E1)

[...] Tivemos dificuldade com a quantidade e com a qualidade dos materiais [...]. (E4)

A escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) referida pelas profissionais revela a vulnerabilidade a que estavam expostas, já que a qualidade e quantidade eram frágeis. Cientes dessa problemática, as profissionais revelam as atitudes tomadas para adquirir o EPI:

[...] Nós tivemos muitas discussões, inclusive a nível de Conselho Municipal de Saúde, né? Denúncias no Ministério do Trabalho, para que a gente conseguisse realmente ajustar a essa questão dos EPI's. [...] foram muitas lutas para que a gente hoje, a gente tem garantido! [...]. (E1)

[...] Muitas situações a gente teve que paralisar as atividades fazer é, notificação ao conselho de classe para poder receber os materiais [...]. (E4)

Foram necessárias reivindicações das profissionais de saúde para terem condições de trabalhar com EPI que lhes garantisse segurança. Assim tiveram que paralisar as atividades a fim de viabilizar o recebimento por parte da gestão.

Outras mudanças impostas pela pandemia repercutiram até mesmo na saúde reprodutiva e nas recomendações das profissionais:

[...] muitas que queriam se programar para engravidar elas tiveram que retardar [...]. (E9)

[...] Porque a gente informou as mulheres: 'Olhe, não engravidem agora, porque é uma gravidez de risco, é uma gravidez que vai ter

uma série de complicações. [...] mas quando chega alguma que diz: 'sim eu planejei', eu digo: 'você é doidinha por ter planejado essa gravidez para agora, por que não deixou isso mais pra frente?' Mas enfim, a gente não vai, né? Restringir essas coisas [...]. (E3)

[...] Eu acho que faltou mais orientações [...]. E assim a quantidade de gestante também aumentou muito durante a pandemia [...] essa conduta agora de ficar dentro de casa, foi onde que acabou tendo mais filhos [...]. (E7)

No âmbito reprodutivo, dois aspectos puderam ser evidenciados. O primeiro deles é que, a necessidade de ficar em casa impactou significativamente no aumento no número de gravidezes, não ficando claro, se essas mulheres desejavam engravidar e se tiveram acesso a métodos contraceptivos, pois a profissional alega que foi por falta de orientações. Contradicitoriamente, outros relatos apontam que as mulheres tiveram que adiar a gestação em função do risco de adquirir a infecção, sendo esta, uma orientação dada pelas profissionais de saúde, mesmo reconhecendo que a escolha de ter ou não filhos é da mulher.

Crescimento no uso das redes sociais na atenção à saúde no contexto pandêmico

De acordo com a alteração vivida nos serviços de saúde devido à pandemia por COVID-19, as profissionais decidiram buscar meios para operacionalizar suas ações. Uma das alternativas encontrada foi a mídia social:

[...] Essa pandemia assim, nos ensinou muito a usar mais as redes sociais, antes a gente não usava tanto né? Agora a gente usa bastante! [...]. (E7)

[...] A gente tem um grupo [operativo]. Esse grupo durante a pandemia ele meio que presencialmente meio que morreu, mas a gente continuou via online [...]. (E8)

As profissionais de saúde ressignificaram suas práticas adaptando-as para continuar ofertando as ações e serviços. As gestantes e puérperas foram as mais contempladas com as funcionalidades da mídia social:

[...] Fez um grupo de WhatsApp com as gestantes [...]. Então, o grupo no WhatsApp facilita muito que a gente fala, agenda as consultas e programa com elas muitas vezes pelo WhatsApp. [...] se tivesse com alguma dificuldade com relação a amamentação ou com outra infecção [...] ai que a gente fazia essa visita [...]. (E4)

[...] a visita puerperal a gente fazia via WhatsApp né? [...] a gente dava o WhatsApp para ela informar para a gente que teve bebê e perguntava sempre, e sempre pedia para ela vir com sete dias com o bebê e ela aproveitava e fazia as duas coisas [vacina da criança e a consulta puerperal] [...]. (E5)

[...] quando [as gestantes] tivesse necessidade para gente tá sempre acompanhando, monitorando esses pacientes, a gente fazia uso do telefone [...]. (E9)

Por meio das redes sociais ou ligação telefônica, as profissionais de saúde mantiveram o diálogo com as usuárias ofertando acompanhamentos, orientações, agendamentos de consultas e educação em saúde, minimizando exposições desnecessárias delas na unidade de saúde. Contudo, os relatos não deixam claro, o que foi feito nos casos em que a usuária não tinha acesso à internet ou a redes sociais.

DISCUSSÃO

Os achados apontam que durante a pandemia da COVID-19, para além dos atendimentos aos sintomáticos respiratórios, dentre os serviços direcionados à saúde das mulheres, as consultas de pré-natal foram as que permaneceram menos tempo suspensas, em comparação ao planejamento reprodutivo, a coleta de citopatológico do colo do útero e as visitas e consultas

puerperais. Tal contexto também foi encontrado em pesquisa realizada no estado da Bahia/Brasil, que entre os atendimentos presenciais às mulheres que ocorreram na APS, colocou em primeiro plano o pré-natal.⁴

Deste modo, embora tenha havido uma priorização das consultas de pré-natal em vários municípios do Brasil, um estudo que abrangeu informações secundárias de bases de dados de domínio público do Sistema Único de Saúde com 5.564 municípios, e, portanto, com dados de 99,9% dos municípios brasileiros, evidenciou que houve uma redução do número de consultas nos municípios em todo o ano de 2020. Dentre as hipóteses para essa redução, estavam a menor oferta de consultas e a busca reduzida das gestantes aos serviços de saúde por medo de contaminação da COVID-19.³

Contudo, sabe-se que um pré-natal adequado é essencial para evitar tanto mortes maternas, quanto fetais.³ Nesta perspectiva, um estudo analisou dados do Sistema de Informações da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), para explorar os efeitos da COVID-19 nas mortes maternas no Brasil observou o aumento significativo de 19% das mortes maternas em 2020. Os dados obtidos também apontaram que em 2021 esse vírus foi responsável por 60% dos óbitos maternos, representando assim, 3 mil óbitos de gestantes e puérperas.¹⁷

Tal informação corrobora os dados encontrados neste estudo, no qual, algumas gestantes agravaram o seu estado de saúde ou foram a óbito devido à infecção pela COVID-19. Dentre estes casos, todos tinham associação com comorbidades prévias ou adquiridas. Tal fato, vai de encontro com a literatura que afirma o risco aumentado de mortalidade materna quando a gestante tem doenças pulmonares, alterações hipertensivas e diabetes mellitus.¹⁸

Assim, considerando que a fase gestacional é um fator de risco de morbimortalidade grave caso houvesse a infecção da COVID-19,⁸ os profissionais deste estudo, recomendaram o adiamento da gestação, apesar da maioria dos entrevistados informarem que serviços de

planejamento reprodutivo foram descontinuados.

Esta inconsistência de recomendar o adiamento da gestação e não oferecer meios para evitá-la, dificultou o acesso das mulheres às informações e aos métodos contraceptivos. Tal achado, também foi evidenciado por outros autores durante a pandemia, no qual, 56,5% das 1.018 entrevistadas, informaram limitações quanto as informações acerca dos métodos para contracepção e sobre o acesso a eles.¹⁹

Tais aspectos eram relevantes, pois na época da coleta dos dados, janeiro e fevereiro de 2021, o Brasil iniciava lentamente a imunização contra a COVID-19. Porém regiões Norte e Nordeste, onde residiam as participantes do presente estudo, foram as últimas regiões a receberem as vacinas. Portanto, não havia disponibilidade da vacina, nem para a população, nem para as gestantes e puérperas²⁰ que enquanto grupo de risco só foram inseridas no Programa Nacional de Imunização em março de 2021.⁹

Contudo, um exemplo de garantia de direitos sexuais pôde ser observado em alguns países da África, onde para não interromper o acesso aos métodos contraceptivos, instalaram dispensers com preservativos em localidades próximas à população, uso de consultório móvel, visitas em domicílio, facilitando a educação em saúde e encaminhamentos se necessários. O recurso remoto também foi explorado com consultas online ou via telefônica para esta finalidade.²¹

Outros achados evidenciados no presente estudo referente ao aumento do número de casos de violência, que também foi observado em todo o país.¹¹ A pandemia da COVID-19 demonstrou que estar com o agressor dentro de casa, independente de raça, escolaridade e nível socioeconômico da vítima, tornava-a vulnerável a sofrer episódios de violência doméstica.²²

Os dados da Polícia Civil de todos os estados, mostraram que entre março de 2020 e dezembro de 2021 foram registrados 2.451 feminicídios e 100.398 casos de estupro. O aumento dos registros foi observado principalmente nos meses de

fevereiro e maio de 2020. Este período compreendeu os principais meses em que o distanciamento social foi estimulado como estratégia de contenção da propagação da COVID-19.²²

Houve um aumento expressivo de denúncias realizadas pelas centrais telefônicas “Disque 180” e “Disque 100”, em sites de divulgação e de canais midiáticos, desvelando uma agudização de um problema que é estrutural em uma sociedade machista e patriarcal e que exige estratégias de enfrentamento eficazes.¹¹ Entretanto, não houve menção por parte das entrevistadas em relação a notificação dos casos de violência, nem de busca ativa dos casos, o que contribui para invisibilização do problema.

No tocante ao arranjo da logística para manutenção do atendimento, os profissionais de saúde, junto aos municípios, tiveram que realizar cuidados específicos como medidas preventivas de contaminação dentro das unidades de saúde. Medidas como o próprio distanciamento dos usuários nos ambientes de espera, triagem e consulta, o uso de álcool em gel e higiene dos objetos e áreas comuns foram adotadas.⁴

Todavia os profissionais de saúde enfrentaram dificuldades para ter acesso ao uso de EPI em quantidade e qualidade necessária para a própria segurança. Esse achado foi encontrado em todo o mundo, devido à alta transmissibilidade da COVID-19, ausência de treinamento sobre seu uso e descarte adequados, além das restrições de exportação de produtos de saúde,²³ o que levou a vários profissionais de saúde utilizarem máscaras de tecido devido à escassez destes recursos.²⁴

A pandemia comprovou que em uma crise sanitária a resolução perpassa além da capacidade biomédica e técnica, a necessidade de um acesso equânime a estes produtos.²³ Por outro lado, uma potencialidade na atenção à saúde durante a pandemia foi o atendimento a distância por meio do teleatendimento. Inicialmente no Brasil houve uma hesitação por parte das entidades médicas para aderir a esse tipo de atendimento, porém, respaldados pela Portaria nº 467/2020 de forma temporária e

excepcional, os atendimentos foram iniciados.²⁵

A partir disso, foi amplamente utilizado, permitindo ao profissional da época, realizar uma triagem e classificação de risco, avaliar exames laboratoriais e de imagem, reduzir o fluxo de pessoas nos serviços de saúde, favorecer o repasse de informações de educação em saúde²⁶ e monitorar dos casos de pacientes com COVID-19 confirmado ou suspeita. Em algumas realidades, os atendimentos online ocorreram sob demanda de programação, marcando-se data e hora.⁴

Todavia não ficou claro, por meio dos achados, como foi realizada a condução da atenção à saúde quando as mulheres não tinham acesso ao telefone e à internet. Na Holanda, em um estudo desenvolvido com a população de baixa renda, foi observado que para uma assistência remota acessível, o uso da ferramenta de ligações telefônicas foi a mais utilizada, pois as videochamadas, por sua vez, eram pouco usadas devido ao manejo difícil desta tecnologia pela população.²⁷

Reitera-se o limite deste estudo não ter tido alcance de todas as regiões do Brasil, principalmente de localidades com menor acesso aos serviços de saúde. Tal lacuna, poderia evidenciar mais fragilidades além das mencionadas, além de revelar as atitudes dos profissionais diante do contexto pandêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços da APS no âmbito da saúde das mulheres foram, em sua maioria, suspensos logo após o início da pandemia da COVID-19, a fim de atender os casos de sintomáticos respiratórios. Entretanto, o exame preventivo de câncer de colo uterino e o pré-natal foram as primeiras atividades a retornar, sendo que esse último, foi um atendimento prioritário mencionado por todas as entrevistadas.

As profissionais tiveram dificuldade de dar seguimento às suas atividades tanto devido à carência de EPI, quanto também, porque tiveram que organizar a logística de atendimento, a fim de minimizar o risco

de contaminação da população. Neste sentido, notou-se um zelo maior com as gestantes, por tratar-se de um grupo de risco. Dentre os cuidados relatados com as mulheres, foram destacados a orientação do adiamento da gestação e, no caso das gestantes, o aumento do espaçamento entre as consultas e o agendamento para evitar permanência delas na UBS. Apesar disso, foram relatados aumentos do número de gestações e de óbitos maternos.

A violência contra a mulher ainda é invisibilizada nos serviços de APS, e as entrevistadas alegam que as mulheres não denunciam, mas nos casos relatados pelos agentes comunitários de saúde, não há busca ativa. Em relação ao planejamento reprodutivo, em algumas unidades o serviço foi mantido, apesar de remodelado, contando apenas com a dispensação de medicamentos anticonceptivos, com ausência de orientações. Em algumas localidades, foi relatado o aumento no número de gravidezes, não sendo claro se eram desejadas ou não.

As mídias sociais foram utilizadas para viabilizar a manutenção das ações dos profissionais de saúde, onde as gestantes e puérperas foram as mais beneficiadas. Assim, as mídias contribuíram para o cumprimento do distanciamento social, nos casos que não havia necessidade da ida a unidade. Apesar de não deixar claro como foi feito com as mulheres menos favorecidas quanto ao acesso às mídias sociais, bem como a internet.

Outrossim, sugere-se que novos estudos sejam realizados em outras localidades, a fim de revisitar este período e refletir nos pontos superados, bem como sobre os aspectos que permanecem sendo entraves para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

REFERÊNCIAS

1 Felix RS, Medeiros RO, Guedes ACCS, Pinheiro VRM, Neves TTD, Vieira HWD, et al. Nurses' perception of working conditions in primary care during the SARS-CoV-2 pandemic. *Enferm. foco (Brasília)*. 2024;15(1). DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202408SUPL1>

2 Sousa FEL, Ribeiro MA, Albuquerque IMNA, Vasconcelos AMB, Nascimento ABO, Pessoa MTFP. Percepção dos profissionais da saúde no enfrentamento da COVID-19: principais desafios no processo de trabalho. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2024;48(1). DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v48.n1.a4033>

3 Chisini LA, Castilhos ED, Costa FS, D'Avila OP. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. *Rev. bras. epidemiol.* 2021;24:e210013. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>

4 Rotondano PN, Góes ÂCF. O processo de trabalho dos profissionais de saúde de uma unidade de saúde da família no cenário de pandemia pela COVID-19. *Rev. Baiana Saúde Pública (Online)*. 2023;47(4):294-308. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n4.a3976>

5 Souza ASR, Amorim MMR. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online)*. 2021;21(1):253-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021005100014>

6 Ministério da Saúde (BR). Painel Informativo do Coronavírus no Brasil. 15 abr. 2025. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/COVID-19_html/COVID-19_html.html

7 Paes LBO, Salim NR, Stofel NS, Fabbro MRC. Women and COVID-19: reflections for a sexual and reproductive rights-based obstetric care. *R Rev. bras. enferm.* 2021;74:e20201164. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1164>

8 Paganoti CF, Rodrigues AS, Francisco RPV, Costa RA. The influenza vaccine may protect pregnant and postpartum women against severe COVID-19. *Vaccines*. 2022;10(2):206. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines10020206>

9 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica nº 1/2021 - DAPES/SAPS/MS.

Brasília; 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/NT-vacinacao-gestantes-peurperas-e-lactantes.pdf>.

10 Bueno S, Martins J, Pimentel A, Lagreca A, Barros B, Lima RS. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 3^a ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/10996/1/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>

11 Souza LJ, Farias RCP. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de COVID-19. Serv. soc. soc. 2022;(144):213-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.288>

12 Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul. Enferm. (Online). 2021;34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>

13 Branco SC. História oral: reflexões sobre aplicações e implicações. Revista Novos Rumos Sociológicos. 2020;8(13):8-27. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/NORUS/article/view/18488/11674>

14 Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas. 2014;22(44). DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.

15 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Almedina Brasil; 2011.

16 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>

17 Guimarães RM, Moreira MR. Maternal deaths as a challenge for obstetric care in times of COVID-19 in Brazil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online). 2024;24:e20230078. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000078>

18 Vouga M, Favre G, Martinez-Perez O, Pomar L, Acebal LF, Abascal-Saiz A, et al. Maternal outcomes and risk factors for COVID-19 severity among pregnant women. Scientific Reports. 2021;11:92357. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92357-y>

19 Marcelino AC, Pereira PC, Charles CMP, Bahamondes L. Disparities in access to contraceptive methods in Brazil during the COVID-19 pandemic. Scientific Reports. 2024;14:14982. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-65946-w>

20 Moura EC, Cortez-Escalante J, Cavalcante FV, Barreto ICHC, Sanchez MN, Santos LMP. COVID-19: temporal evolution and immunization during the three epidemiological waves in Brazil, 2020-2022. Rev. saúde pública (Online). 2022;56:105. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004907>

21 Ali AK, Barua A, Mehta R, Chandra-Mouli V. Nimble adaptations to sexual and reproductive health service provision to adolescents and young people in the early phase of the COVID-19 pandemic. Sexual and Reproductive Health Matters. 2024;32(1):2372165. DOI: <https://doi.org/10.1080/26410397.2024.2372165>

22 Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo; 2021. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/11>

23 Pompeu E, Slovic A. Global Health Security Challenges in times of pandemic: Access to Personal Protective Equipment in the COVID-19 Crisis. Saúde Soc. (Online). 2023;32(3):e230331. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230331en>

24 Ziani JS, Harter J, Zuge BL, Pellegrini DCP, Busanello J, Herrera KHS. Infection and the use of personal protective equipment among Primary Health Care workers during the COVID-19 pandemic.

Rev. latinoam. enferm. (Online).
2024;32:e4290. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6870.4290>.

25 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Diário Oficial da União. 23 mar 2020;Seção1(Extra):1 Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/291963481/dou-edicao-extra-secao-1-b-23-03-2020-pg-1>

26 Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL, et al. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context Cad. Saúde Pública (Online). 2020;36(5):e00088920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>

27 Kollmann J, Sana S, Magnée T, Boer S, Merkelbach I, Kocken PL, et al. Patients' and professionals' experiences with remote care during COVID-19: a qualitative study in low-income neighborhoods. Prim Health Care Res Dev. 2024;25:e32. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423624000240>

Recebido em: 01/05/2025

Aceito em: 14/11/2025

Publicado em: 19/12/2025