

Maternidade, Gênero e Acesso à Saúde em Tempos de Pandemia, na Cidade de Jacaraú – PB

Maternity, Gender And Access To Health In Times Of Pandemic, In The City Jacaraú – PB

Maternidad, Género y Acceso A La Salud En Tiempos De Pandemia, En La Ciudad Desde Jacaraú – PB

Vitoria Ferreira Mamede¹
ORCID 0000-0001-5651-3241
Recebido em: 08/12/2021¹
Aceito em: 16/05/2022

Resumo

A análise a ser apresentada trata da rotina de saúde dos cuidados maternos e puerpérios em contexto pandêmico na cidade de Jacaraú, interior da Paraíba. A cidade possui 14 mil habitantes e, até o momento dessa pesquisa, não havia Programas de Saúde da Família (PSF). A unidade abordada nesse artigo era incluída ao hospital que atende os casos de coronavírus, onde também não havia atendimento pediátrico, e toda assistência às mães e às crianças vinha por meio do grupo de WhatsApp da puericultura. Surgiram, a partir da observação desses procedimentos, reflexões sobre situações frequentes naquela circunstância, como o prejuízo da propagação da “insignificância” do vírus e o quanto isto causa dificuldade na adoção dos métodos preventivos e ao acesso de gestantes e puérperas aos serviços públicos de saúde. A pesquisa também busca relacionar problemáticas de gênero, que se mostram presentes e persistentes em meio a pandemia, em principal com os cuidados e com a saúde da criança. Uma vez que o PSF se mostrou um ambiente majoritariamente feminino. A pesquisa destaca a imposição do “papel feminino” no isolamento social, que se mostrou um retrocesso, trazendo sobrecarga para mulheres no contexto doméstico, social e profissional.

Palavras-Chave: Gênero, Isolamento, Saúde.

Abstract

The analysis to be presented deals with the health routine of maternal and postpartum care in a pandemic context in the city of Jacaraú, in the interior of Paraíba, a city has 14 thousand inhabitants, and until the moment of this research there were no Family Health Programs (PSF). The unit addressed in this article was included in the hospital that treats cases of coronavirus where there was also no pediatric care, and all assistance to mothers and children came through the childcare WhatsApp group. From the observation of these procedures, reflections on frequent situations in that circumstance arose, such as the damage of the propagation the “insignificance” of the virus, and how much this causes difficulty in the adoption of preventive methods and in the access of pregnant and postpartum women to public health services. The research also seeks to relate gender issues, which are present and persistent in the midst of the pandemic, mainly with the care and health of the child. Once the PSF proved to be a mostly female environment. The research highlights the imposition of the “female role” in social isolation, which proved to be a setback, bringing an overload for women in the domestic, social and professional context.

Keywords: Gender, Isolation, Health.

Resumen

El análisis que se presentará trata sobre la rutina de salud de la atención materna y puerperal en contexto de pandemia en la ciudad de Jacaraú, en el interior de Paraíba. La ciudad tiene 14 mil habitantes, y hasta el momento de esta investigación no existían Programas de Salud de la Familia (PSF). La unidad a la que se refiere este artículo estaba incluida en el hospital que atiende casos de coronavirus, donde tampoco había atención pediátrica, y toda la atención a madres e niños llegaba a través del grupo de puericultura de Whatsapp. De la observación de estos procedimientos surgieron reflexiones sobre situaciones frecuentes en esa circunstancia, como el daño de la propagación de la “insignificancia” del virus, y cuánto esto dificulta la adopción de métodos preventivos y en el acceso de las mujeres embarazadas y puérperas a los servicios públicos de salud. La investigación también busca relacionar las cuestiones de género, presentes y persistentes en medio de la pandemia, principalmente con el cuidado y la salud del niño, Una vez que el PSF demostró ser un entorno mayoritariamente femenino. La investigación destaca la imposición del “rol emenino” en el aislamiento social, que resultó ser un retroceso, trayendo una sobrecarga para la mujer en el contexto doméstico, social y profesional.

Palabras clave: Género, Aislamiento, Salud.

1. Introdução

A pesquisa deste texto ressalta problemáticas de gênero, maternidade, acesso à saúde e responsabilização individual em circunstância pandêmica na rede de saúde pública. Tomando como ponto de partida a observação e análise de minha experiência pessoal, o presente artigo trata de experiências maternas como a rotina de acesso a serviços de saúde em meio a pandemia, em Jacaraú, uma cidade com aproximadamente 14 mil.

Habitantes do interior da Paraíba, mais especificamente a cidade de Jacaraú, até agosto de 2020 não tinham um local específico para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), e o atendimento do mesmo era realizado no hospital municipal Daura Ribeiro, que atende os casos do novo coronavírus. O objetivo deste trabalho, a partir dessa experiência particular e aos moldes de uma autoetnografia, é trazer elementos para a reflexão que é mais ampla sobre os desafios enfrentados por mulheres nos serviços de saúde durante a gravidez e puerpério, e que foram acentuados pela pandemia da covid-19.

No fim do meu puerpério, minha família e eu contraímos o novo coronavírus. Além de ter sido a primeira a ser infectada, entre nós três, fui eu quem apresentei os sintomas mais fortes, que só foram diagnos-

ticados após duas semanas do desaparecimento desses sintomas. Dentre os diagnósticos, minha filha ficou de fora, pois não havia pediatra disponível, e a assistência vinha por meio do grupo de *WhatsApp* da puericultura. A partir da vivência dessas situações, se desenvolveram reflexões sobre a propagação da ideia de “insignificância” do vírus, o quanto causa dificuldade na adoção dos métodos preventivos e a dificuldade de acesso de gestantes e puérperas aos serviços públicos de saúde.

Outro fato significativo é que por não haver serviço local de pediatria, nem mesmo no setor privado, as mães precisavam se deslocar para cidades vizinhas, como Nova Cruz, no Rio Grande do Norte ou Mamanguape, na Paraíba. A partir dessas questões, pude observar problemáticas não só de acesso à saúde ou de dificuldade na adoção dos métodos preventivos contra o novo coronavírus, mas também problemáticas de gêneros evidenciadas durante o isolamento necessário por conta da pandemia, como a imposição do “papel feminino” que recai sobre muitas mulheres (MONTICELLI, 2021). Portanto, ainda como parte dos objetivos deste artigo, a análise busca expor como mulheres e mães lidam com a crise sanitária, desde 2020, mas também enfrentam a sobrecarga dos cuidados e as moralidades que as cercam.

As reflexões de gênero que aqui serão abordadas se fizeram notáveis quando necessitei dos serviços de saúde. Observei que o ambiente da Unidade de Saúde Familiar é majoritariamente frequentado por mulheres, sejam elas as mães, sejam as que acompanham as mães. Notava que muitas compareciam com um recém-nascido nos braços e outra criança menor acompanhando, muitas acompanhadas de irmãs, mães e tias, sempre outras mulheres auxiliando nos cuidados maternos, para além das instruções de agentes e enfermeiras e condicionalidades de programas sociais (FONSECA, 2012; NASCIMENTO; LIMA, 2018).

Naquele ambiente desenvolvi a reflexão de que a maternidade é ensinada, não há um fator biológico no DNA feminino que nos encaminha para o “dever de cuidar”, e tampouco é questão de intuição ou essência. A maternagem atribuída majoritariamente ao “papel feminino” é fruto de construções sociais criadas ao longo do tempo com a divisão de funções a partir do gênero, e que por muitas vezes ditam formas e fórmulas de maternagem e estigmas para mulheres mães. Essas imposições a mulheres mães é vista em âmbito social como expressão de amor e cuidado, se recriando baseadas em período, cultura e economia (BADINTER, 1985 apud CARNEIRO, 2019).

A pandemia fez com que a discussão sobre essa divisão de funções e gênero retornasse ao foco do debate público, pois o isolamento evidenciou persistentes problemáticas e retrocessos nesta divisão, em principal para mulheres mães que passaram a dividir tempo e espaço para desempenhar tarefas domésticas, cuidados e trabalho remunerado. Neste meio também se encontram mulheres mães acadêmicas, que com a sobrecarga e a disputa por tempo e espaço com filhos e afazeres, passaram a produzir menos e apresentarem um nível de estresse maior do que mulheres sem filhos ou homens com ou sem filhos (MONTELLI, 2021; CARNEIRO; MULLER, 2020,

pp. 441-450).

A presente análise busca refletir sobre essas questões por intermédio do que foi observado em campo e as sensações e sentimentos que possibilitaram a presente pesquisa, fazendo com que houvesse uma conexão entre pesquisadora e campo. Esses sentimentos possibilitaram um olhar de compreensão e identificação com o outro, pois no campo pude partilhar de emoções com muitas mulheres mães, não da mesma forma ou pelos mesmos motivos, mas sentimentos e sensações relacionadas ao atendimento ou a falta dele. Falta de suporte, estrutura e cobranças morais de formas de cuidado. Desse modo, os sentimentos e as sensações me proporcionaram um melhor entendimento sobre a minha própria pesquisa e o lugar que ocupava, ou não, dentro dela (BONETTI, 2006).

Com isso, as discussões que serão apresentadas resultam dessas experiências e emoções vivenciadas em campo.

2. Metodologia

Este trabalho faz parte de pesquisa em que participo como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da UFPB. O projeto “Políticas sociais, desigualdades e moralidades no cenário de transformações políticas e econômicas recentes em Rio Tinto-PB” previa trabalho de campo em Rio Tinto, cidade onde se localiza o campus IV da UFPB e onde curso bacharelado em Antropologia. O isolamento causado pela pandemia da covid-19 e a necessidade de adaptação do trabalho de campo associado à recém maternidade, fez voltar a observação para o acesso à saúde pública de mulheres mães em meio à crise sanitária, na cidade de Jacaraú, onde morei por um ano e sete meses.

A adaptação do projeto foi operacionalizada a partir de setembro de 2020, com os relatos vivenciados desde o parto, em abril de 2020. Após um período sem

saber como dar continuidade à pesquisa, as reuniões de orientação do PIBIC e a participação nas reuniões mais amplas, com outros estudantes, coordenadas pelo professor Pedro Nascimento, começaram a apontar caminhos para a pesquisa.

Nos encontros, eram discutidos o andamento dos projetos, adequações do plano inicial, reajustes e metodologias, o que contribuiu muito para o amadurecimento da pesquisa. Igualmente, a participação no “II Seminário interno do projeto Antropo-covid-19: desafios metodológicos e éticos”, ocorrido nos dias 15 e 16 de julho de 2021, permitiu-me conduzir as análises para uma perspectiva com maior distanciamento do campo, possibilitando a visualização de outros assuntos a serem analisados.

Embora compreendesse que minha experiência pessoal poderia ser importante fonte de reflexão antropológica, fui percebendo, posteriormente, a forma como essa experiência se relacionava com outros contextos. Para isto, foi necessário um aprofundamento da literatura sobre os temas discutidos para depois identificar e relacionar com as experiências vivenciadas na rede pública de saúde de Jacaraú.

Durante o processo de observação, a maior dificuldade era converter as vivências em escrita, relacionando com as problemáticas a serem discutidas, sem que esta se tornasse, em minha percepção, meros desabaços ou julgamentos dos atendimentos. Tive dificuldades na assimilação entre o que observava em campo e o que vivia como mulher e mãe, uma vez que não queria transparecer as emoções sentidas, mas acabava por ter que analisá-las, já que eram essas emoções que geravam as indagações e reflexões aqui apontadas.

Durante o campo, não era possível fazer anotações, onde estava inserida como mulher e mãe e sentia as emoções que foram analisadas. Com isso, as notas eram feitas em momentos posteriores às vivências para que as emoções não deturpassem as análises com julgamentos ou simples

relatos. Além das vivências, o WhatsApp também conduziu as análises, pois através do aplicativo era feita a comunicação com a enfermeira obstétrica local no grupo da Puericultura, onde eram agendadas consultas, retiradas as dúvidas e passada as informações sobre o PSF.

A investigação durou cerca de um ano, tendo início em setembro de 2020 e finalizada em setembro de 2021.

3. Desafios na Educação em Saúde e a Recusa na Adoção de Métodos Preventivos contra o Novo Coronavírus

“Fique em casa! E use Máscara!”

Neste tópico, serão abordadas as dificuldades e desafios da educação em saúde no local pesquisado e na adoção dos mesmos, em meio a um bombardeamento de informações na era digital. Para isto, faremos um breve apanhado sobre o histórico do vírus e sua chegada ao Brasil.

Em dezembro de 2019, em Wuhan na China, foi identificado a nova variante do coronavírus, SARS-CoV-2, que se espalhou de maneira veloz pelas demais regiões da China, e logo após espalhou-se por diferentes países e territórios, tendo o primeiro caso confirmado no Brasil no dia 26 de fevereiro de 2020. Dados divulgados pela Johns Hopkins University, mostram que em 04 de abril de 2020 o número de infectados era de 1.196.553, de 64.549 óbitos e 181 países acometidos pelo vírus. No Brasil, na mesma data, o número de infectados era de 10.278 e de 431 óbitos (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020).

Os dados supracitados servem para termos a noção do elevado grau de contágio do vírus que, segundo as informações da Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde, se dá por meio de gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, contato pessoal próximo, como toque ou aperto de mão, contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

Desta forma a necessidade de prevenção ao vírus se deu em grande porte, exigindo um árduo trabalho dos órgãos de saúde para conter a contaminação em massa. Para isso, a base seria as práticas de educação em saúde, divulgação de informações, que circulam de maneira tão ou mais rápidas que o vírus, na era da informação, e orientações e métodos de prevenção ao vírus.

As informações sobre o vírus são inúmeras e vêm até nós de maneira ágil, mas mais veloz que as informações e recomendações de prevenção, – em diversificados meios de comunicação como *blogs*, redes sociais – são as disseminações de informações equivocadas sobre o vírus, que o classificam e apresentam as orientações preventivas como exageradas, e que decretos, restrições obrigatórias e o próprio isolamento eram medidas drásticas. Com isso, a rede de saúde sofreu uma sobrecarga no trabalho para conscientização da luta contra a pandemia, porque somente a educação sanitária não daria conta de conter o vírus e ainda mais com o escasso investimento na área, ocorrendo até mesmo a falta de insumos básicos diante de uma pandemia (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020).

Outro dado importante, apresentado em meio à pandemia e que se relaciona com a resistência às orientações e à adoção dos métodos preventivos, são os fatores sociais, como gênero, idade, escolaridade e local onde moram, como mostra a pesquisa de Lima et al., realizada no Ceará em abril de 2020, onde os grupos com maior vulnerabilidade ao contágio eram compostos por homens, indivíduos com baixa escolaridade, idosos a partir de 80 anos e aqueles que residiam no interior do estado.

A referida investigação também aponta a motivação e o nível de colaboração com os métodos de combate ao vírus. Os grupos com baixa escolaridade, idosos a partir de 80 anos e residentes de cidades interioranas, alegaram cumprir parcialmente o isolamento, e que desta forma não se veem em situação de risco. Junto à desin-

formação, também entra o fator crença, que contribui para que haja uma maior disseminação da ideia de insignificância do vírus. Os grupos que de forma parcial passaram a se comprometerem com as precauções referentes à pandemia, acreditavam que o clima do Ceará não era propício para a sobrevivência do vírus. Já entre o grupo do gênero masculino, não houve cumprimento da quarentena de maneira voluntária, isto porque, a âmbito social, o homem se vê imune a tudo, até mesmo a uma crise sanitária.

Após (re)apresentar o vírus e as circunstâncias, vamos contextualizar as informações na cidade de Jacaraú. Como dito anteriormente, o PSF está localizado no hospital municipal da cidade, o qual frequentei até o último mês de gestação, e ali eram realizados os atendimentos do ciclo gravídico-puerperal. Quando a pandemia começou, também passaram a ocorrer ali os atendimentos de casos suspeitos do coronavírus. A primeira vez que realizei uma consulta de pré-natal na cidade foi dia 19 de fevereiro de 2020, faltava um pouco mais de dois meses para o parto.

A estrutura pequena do hospital ficava ainda menor com a quantidade de pessoas que ali circulavam, pois eram atendimentos distintos feitos em um mesmo ambiente, que se dividia da seguinte forma: a entrada com uma pequena sala para a recepção, sala de espera logo em frente, com cadeiras e televisão e uma janela que dava acesso à farmácia básica do hospital, uma porta como divisória para um estreito corredor, que leva para as três salas principais – sala de medicação, outra para triagem e a sala da enfermeira obstetra, que também era usada pelos médicos no turno da noite.

Os atendimentos do PSF eram feitos da seguinte forma: após uma paciente atendida para o pré-natal, seguiam dois atendimentos de pacientes da urgência, isso porque havia menos gestantes do que pacientes da urgência, em torno de seis atendimentos no horário em que cheguei e pelo

menos onze até o horário em que fui atendida, contando com o meu atendimento. Isso se deve à inconstância nos atendimentos. Vale ressaltar que cheguei às 7h e fui atendida às 11h30min.

Desde o dia 19, foram poucos dias até o primeiro caso de covid-19 diagnosticado no Brasil. A campanha contra o vírus teve início no dia 18 de março de 2020, com publicações de prevenção na página do *Facebook* da prefeitura, com frequentes atualizações, mais do que o próprio site oficial¹.

Minha última consulta ocorreu no dia 25 de março, nos preparativos para o parto. Àquela altura, só o que sentia era medo e ansiedade, não havia mais só a possibilidade de um parto problemático, violência obstétrica, dentre outros riscos, mas também um vírus desconhecido em um momento em que não haviam informações concretas dos riscos e de grupos que se encontravam em maior grau de vulnerabilidade de fato. Só o que eu sabia era que até aquele momento, baseado nas informações divulgadas sobre o enigmático vírus, eu estava classificada como grupo de risco.

Em uma das publicações na rede social, a Secretária de Saúde orientava os habitantes a manterem hábitos de higiene, o não compartilhamento de objetos pessoais e o evitamento de contato físico. Além das orientações sanitárias, o município suspendeu as aulas da rede de ensino municipal, do dia 19 de março até o dia 18 de abril de 2020. No dia 20 de março, novamente pela rede social, sai o primeiro boletim sobre os casos de coronavírus, sendo 03 em investigação, 0 descartados e 0 confirmados.

Todas essas informações sobre a cidade de Jacaraú estão divulgadas na página do município na rede social, o *Face-*

book, enquanto o endereço oficial da Prefeitura de Jacaraú na internet se encontra desatualizado. Há somente a divulgação de boletins diários de casos de coronavírus, ali não são encontrados nem mesmo os decretos municipais de 2020.

Este dado serve como amostra dos usos das redes sociais na divulgação de informações, assim como o uso da mesma se faz de maneira mais acessível aos habitantes de uma cidade do interior, com possuem acesso limitado à internet. Somado à escassez das instruções de ferramentas de pesquisa e a importância de outros meios de informação.

A questão a ser levantada é: por mais acessível que sejam as redes sociais, o quanto são confiáveis no engajamento de informações? Até porque, junto às informações e orientações de prevenção ao vírus, também circulam métodos, ideias e teorias imprecisas sobre o mesmo, que colocam o indivíduo em risco. Assim como o bloqueio de veiculação de algumas informações devido ao funcionamento dos algoritmos do *Facebook* das demais redes sociais, o chamado “efeito bolha” restringe informações diversas ao indivíduo, fazendo com que o mesmo tenha acesso a conteúdos semelhantes de acordo com seus históricos de busca e amizades. Logo, há uma linha de pensamentos e ideias semelhantes ao que o próprio indivíduo costuma buscar ou compactuar, fazendo com que informações e pensamentos antagônicos sejam excluídos de sua timeline. O efeito disso é que o indivíduo que busca prevenção terá mais informação sobre essa do que aquele que desconhece e/ou não busca conhecer a gravidade do vírus (GUEDES, 2017; PALÁCIO; TAKENAMI, 2020; LIMA et al., 2020).

No dia anterior a minha última consulta, dia 24 de março de 2020, houve a

1. <https://jacarau.pb.gov.br/>. Acessado em: 28 de mar. de 2022.

circulação do pronunciamento presidencial², que teve como destaque a fala em que o presidente se referia ao vírus como “gripezinha” e que com seu histórico de atleta, caso fosse contaminado, isso não o abalaria. No mesmo pronunciamento houve menções de como o clima tropical brasileiro colaboraria para o enfraquecimento do vírus, que escolas não deveriam ser fechadas, pois não havia casos fatais com menos de 40 anos e que Deus capacitaria cientistas e pesquisadores brasileiros na busca da cura da doença.

Estabelecia-se outra barreira para a área da saúde, pois não só as crenças, mas também as ideologias contribuem para o crescimento da relutância contra as prevenções ao vírus. Uma vez que uma figura de poder se opõe a métodos preventivos, cria-se um “efeito manada”³, principalmente em localizações pequenas, com difícil acesso, para indivíduos com baixa escolaridade e idosos, como abordado anteriormente. Isso se dá não só por alguns serem seus eleitores, mas pela credibilidade do cargo que ocupa.

Até o dia 25 de março, a cidade seguia de maneira habitual, muito se especulava sobre o vírus e métodos caseiros eram frequentemente ensinados pelos moradores, como: tomar uma colher de chá de vinagre morno, já que se imaginava que o vírus “preferisse” baixas temperaturas e se acomodasse na garganta.

Enquanto caminhava para minha última consulta, pude notar que no pátio do ginásio poliesportivo Lisboa, havia mais pessoas fazendo caminhada pela manhã e ao chegar no atendimento notei que o hospital estava mais vazio do que o habitual. Ao ser atendida e passar por todos os procedimentos, a enfermeira já me aconse-

lhava: “só venha pra urgência quando for realmente necessário, viu, minha linda? Não quero você andando por aí”.

De acordo com decreto estadual nº 40.122, de 13 de março de 2020, Jacaraú aderiu ao período de suspensão de atividades não essenciais do dia 27 de março a 04 de abril de 2020, funcionando somente supermercados, farmácias e agências de banco. Porém, ao passar pela avenida, percebo portas semiabertas e com pouca iluminação, e pergunto ao rapaz, que tomava conta de uma loja ao lado do hospital e que também era estudante da UFPB – Campus IV, o porquê de lojas estarem com as portas daquele jeito e se estavam ou não funcionando. Ele responde que estavam funcionando e o motivo das portas semiabertas era por conta do medo da fiscalização.

Neste período, além dos serviços essenciais, os depósitos de bebidas também funcionavam normalmente e ocorriam com frequência encontros familiares, churrascos e outros tipos de lazer em frente às casas. Não havia aglomeração em espaços públicos, e sim nas residências. A churrascaria do bairro também teve um aumento na movimentação dos clientes e dentre três academias localizadas na avenida, somente uma permaneceu aberta, que no período da manhã e da tarde se fazia repleta de pessoas e em sua maioria idosos.

À medida que o período de suspensão de atividades ia chegando ao fim, o medo da fiscalização ia padecendo e então os bares voltaram a funcionar. Por morar no centro, era possível ouvir músicas vindo de todos os lados.

Antes do parto, necessitei da urgência três vezes. Em uma dessas ocasiões, pude notar que os bares, depósitos e calça-

2. <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/03/24/bolsonaro-volta-a-se-referir-ao-coronavirus-como-gripezinha-e-criticar-governadores-por-restricoes.htm>. Acessado em: 28 de mar. de 2022.

3. Criado por Dan Ariely, 2012. A alegoria do efeito manada foi desenvolvida para descrever o perfil psicológico econômico no qual considera que o indivíduo busca seguir o comportamento e as decisões de um grupo, ignorando seus pensamentos e desejos como indivíduo.

adas estavam cheio de pessoas e que esses grupos eram compostos, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino na faixa etária correspondente a idade adulta, e não tanto por idosos, que ao que parecia buscavam mais práticas de ginásticas, estas sem tanta diferenciação de sexo.

Em um desses momentos de necessidade, presenciei uma discussão entre um senhor e uma agente de saúde que toma conta da higienização e conscientização no hospital. Além de pedirem para os pacientes que só fossem ao hospital em caso de urgência, os orientava sobre a higienização das mãos e o uso de máscara. Um senhor passou direto da pia instalada para lavar as mãos e do dispositivo de álcool em gel, e ao tentar entrar no hospital sem máscara, foi repreendido pela agente de saúde. Respondeu dizendo que aquilo era frescura, então ela retrucou: “botar álcool para dentro o povo quer, mas se cuidar *num* quer não”.

Havia também trabalhadores da saúde que desacreditavam do vírus e que, mesmo que tivessem que seguir as recomendações, o faziam por conta da obrigatoriedade do ofício. Exemplo disso foi uma conversa que tive com uma auxiliar de creche, residente de Jacaraú. Em uma das viagens a Mamanguape para uma consulta de retorno com a pediatra, uma senhora que aparentava ter seus 50 anos, nos acompanhou no transporte alternativo.

Entre conversas, surgiu o assunto da possibilidade de vacina, ela me contou que era da igreja e junto com o motorista disseram acreditar que o coronavírus era apenas um meio de arrecadar dinheiro dos municípios e que toda morte entrava para as estatísticas tendo como causa o vírus. . Mesmo já tendo sido diagnosticada com vírus duas vezes, a senhora ressaltou que não acreditava no diagnóstico, que não tomaria vacina se houvesse e completou: “minha amiga trabalha no PSF lá, ela é agente de saúde, ela disse que eles não podem ficar falando, mas que não é bom tomar vacina, porque a vacina é feita com o vírus morto que eles colocam no seu corpo.

Então eles vão pegar o coronavírus morto e injetam na pessoa”. Da mesma maneira, outros profissionais cumpriam com as recomendações, mas não orientavam aqueles que não as seguiam, pois partilhavam da mesma descrença sobre o vírus.

Após o parto, com as consultas de puericultura suspensas, nós mães passamos a nos comunicar com a enfermeira pelo grupo de *WhatsApp*. Enquanto era discutido sobre a recém maternidade, dúvidas e dificuldades com os recém-nascidos, uma das mães envia um áudio, com a voz um pouco alterada e perguntou diretamente à enfermeira o número usado para denunciar aglomeração. No áudio, ela relata que a família do sítio ao lado estava pelo terceiro fim de semana seguido fazendo “festa” e que naquele fim de semana receberiam familiares do estado de São Paulo, cujo número de infectados era elevado naquele período. Ela dizia que eles não estavam respeitando o isolamento e que estava preocupada com seus quatro filhos, um deles recém-nascido. E então outras mães começaram a compartilhar o mesmo sentimento.

Essas circunstâncias fornecem evidências de que, além das dificuldades que os meios de divulgação traziam à adesão de isolamento, haviam outras problemáticas, como a relação amistosa de indivíduos nas cidades interioranas e a estrutura e divisão de trabalhos entre gêneros. Isso porque a cidade é formada por 14 mil habitantes, cidade de pequeno porte onde quase todos se conhecem ou já tiveram algum contato e indivíduos “de fora” são facilmente reconhecidos. Essas relações se constituíam de proximidades entre indivíduos, o que, por diversas vezes, resultavam em impessoalidades nas relações, quando indivíduos que ocupavam cargos de vigilantes e agentes de saúde eram desconsiderados pela proximidade com os habitantes da cidade (WEBER apud TENÓRIO, 1981).

Outro ponto é a adesão das prevenções de acordo com gênero. Sabe-se

que as orientações preventivas foram mais adotadas por mulheres do que por homens, além de trazer sobrecarga às mesmas, que passaram a equilibrar diversas funções e exercer jornadas de trabalho remunerado e domésticos sem redes de apoio, e nisto se encontra a estrutura da divisão de trabalhos por gênero. Por um lado, “a cegueira da masculinidade”, a considerar o homem como ser forte e indestrutível, que não pode ser controlado, nem mesmo diante da crise sanitária, que acredita ser apenas uma “gripe passageira”; de outro, o “habitat feminino”, o lar, que deve ser ponderado pela mulher, e para esta se atribuem as moralidades dos cuidados, majoritariamente para seus filhos. Não os deixar adoecer não é só uma preocupação, como também é algo relacionado à moral (DAMATTA, 1987 apud CARNEIRO; MULLER, 2020).

Portanto, em meio à pandemia foram notadas muitas barreiras em relação à educação em saúde como estruturas de poder, gênero, veículos de informação, redes sociais e crenças que dificultaram e dificultam a aceitação dos indivíduos sobre as recomendações contra o vírus. Isso em todo território nacional, mas, a partir do contexto analisado aqui, nas cidades interioranas de pequeno porte, as orientações se tornam muito mais trabalhosas. Pois, somada às dificuldades já citadas, acrescenta-se o acesso limitado, fácil disseminação de crenças mediante comunicação oral, impessoalidades que a proximidade de convívio causa e o pouco investimento e capacitações na área da saúde.

4. Acesso à Saúde Pública no Ciclo Gravídico-puerperal, violência obstétrica e Moralidades do Cuidado

“Está fazendo os acompanhamentos, mãe?”

No presente tópico, serão levantadas as problemáticas de acesso à saúde pública na gravidez e no período puerperal, nas cidades interioranas da Paraíba, assim como as moralidades em torno do cuidado

da saúde da criança.

O foco é a discussão em torno do contexto pandêmico, porém é necessário retroceder um pouco, pois as dificuldades ao acesso já se faziam presentes antes da crise sanitária e se agravaram com a pandemia. No momento que descobri a gravidez, por um teste de farmácia, morava em Mamanguape e procurei o posto de saúde para dar início aos acompanhamentos. Chegando ao local, esperamos a enfermeira no corredor e, assim, me perguntou o que eu precisava. Ao informá-la que havia feito um teste de farmácia e resultado era positivo, sem esperar o término da fala, ela respondeu que este não contava para dar início ao pré-natal, somente o exame de sangue, o beta-Hcg. Ao pedir informação sobre onde poderia realizar o procedimento, a mesma informou que não se realizava pelo SUS, que teria que procurar uma clínica privada.

Pelo pouco conhecimento sobre os exames realizados pelo SUS, a informação gerou um pouco de dúvida e resolvi procurar a Secretaria de Saúde, onde fui orientada de forma oposta, que além da realização do exame de forma gratuita, eu teria que ter o encaminhamento da enfermeira obstétrica. Então voltamos ao posto de saúde, onde a enfermeira havia recebido um telefonema da Secretaria da Saúde reivindicando o documento de encaminhamento do beta-HCG no PAM-Posto de Assistência Médica de Mamanguape. Neste segundo encontro, ela nos informou que tal orientação teve por motivação a demora no resultado de exames que o serviço público de saúde possui.

O relato acima de forma pessoal significou muito, de maneira que me vi em situação de vulnerabilidade econômica e informacional quando se trata dos serviços prestados pelo SUS, mas com privilégios ao poder reconhecer que posso e devo, como direito, reivindicar acesso e informação. Essas (des)informações muito anuviam a vista de pessoas que necessitam do SUS, instituição que resiste à falta de investimento, dificultando o acesso à saúde, direito

garantido na Constituição Federal de 1988⁴.

Ao relacionar as dificuldades de acesso aos direitos reprodutivos, o problema se intensifica onde há falta de informação e capacitação adequada dos profissionais para melhor amparo e comunicação com mulheres mães e integração de homens pais.

Ao dar início às consultas, ainda em Mamanguape, ouvi histórias de outras mulheres, que envolviam informações, desinformações, preocupações, relatos de parto, saúde pessoal e muitas especulações sobre o sexo dos bebês de acordo do formato e tamanho da barriga das mães. As informações sobre reprodução eram constantes, pois era o assunto que o ambiente proporciona. Ouvia constantemente os lamentos da gravidez indesejada, muitas mulheres mães com outros filhos e com “mais um a caminho” que se diziam cansadas e que não queriam mais “ter menino”, que “fazer menino é bom, mas criar...”, dentre outras. Havia quem preferia parir em João Pessoa e quem tinha preferência pela maternidade em Mamanguape. Relatos de mulheres que alegavam ter tido “parto sofrido” em Mamanguape e também em João Pessoa, outras que por não terem tido um bom parto em João Pessoa, tentaria agora ter um parto mais humanizado em Mamanguape.

Uma das mulheres relatou que esperava seu terceiro filho, que quando descobriu que estava grávida se trancou em seu quarto e chorou por três dias, enquanto seu marido a pressionava: “deixe de frescura! Vai ficar aí chorando por quê?”, e continuou a dizer que o mesmo queria muito uma menina, desde a primeira vez que ela engravidou: “ele queria menina, porque já tem dois meninos, aí quando fiz a ultra e deu menino ele ficou bravo, mas se Deus

quis né...”. Logo após, a mulher relata o sofrimento de um de seus partos, que saiu muito machucada ao ponto das costas criarem feridas por conta de uma sonda mal colocada, e como não havia força para se mover, chamou a enfermeira por diversas vezes e não foi atendida, além das pernas terem sido forçadas na hora do parto: “parecia que ia quebrar minha perna... Deus me livre!”.

Naquele ambiente, encontrei mulheres de diferentes idades, desde os 17 anos até os 40 anos. Curiosamente, com todas elas eu senti algo em comum, além da gravidez. Os relatos e as idades são importantes pontos que denotam a falta de informação, pois muitas, assim como eu, não se percebiam em vulnerabilidade, em lugar de violência, falta de amparo e restrição de direito. Naquele momento, não entendia o que era gestar e parir, mas tinha medo, assim como o sentimento de rejeição da gravidez.

Quando me mudei para Jacaraú, vivenciei uma situação de restrição à saúde, muito maior do que aquela em Mamanguape. Não tanto no pré-natal, pois já estava no fim da gestação, mas no período puerperal. Para além da chegada da pandemia, existiam os problemas estruturais da cidade, onde não havia serviços de pediatria, e às vezes nem mesmo acesso a clínico geral.

Segundo a pesquisa coordenada por Ester Sabino sobre o coronavírus, o pico da epidemia no Brasil seria em abril⁵, o mês estimado para o parto, o que havia me deixado ainda mais amedrontada na hora de parir. Tive que ser levada para a maternidade de Mamanguape e durante a espera das dilatações, via mulheres que entravam e saíam rápido. Mesmo tendo o direito de ter

4. http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acessado em: 28 de mar. de 2022

5. uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/03/14/pesquisado-ira-diz-que-pico-da-covid-19-no-brasil-ocorrera-entre-abril-e-maio.htm. Acessado em: 28 de mar. de 2022,

um acompanhante, algumas mulheres estavam sozinhas.

Vi uma mulher que chegou só, disse que aquele seria o sétimo filho e informou à enfermeira que sabia que já estava na hora. A enfermeira disse que ainda não era hora de ir para a sala de parto, mas ela insistiu mais duas vezes e a enfermeira impôs que ela ficasse ali. Após cinco minutos, ela anuncia que a bolsa havia estourado e o bebê já estava coroando. Seu filho nasceu na ala preparatória. Para a enfermeira, a paciente não parecia estar com dor e preparada, mesmo que a mesma relatasse suas sensações.

No site do governo da Paraíba⁶, constava a existência de um SPA com doulas e relaxamento, porém o ambiente era tudo, menos relaxante. À medida que sentia dores insuportáveis no sétimo dedo de dilatação, a enfermeira disse que me daria dipirona para aliviar a dor. Após a medicação, as dores aumentaram e a bolsa rompeu. Depois do parto, no quarto da maternidade, encontrei duas das mães que estavam comigo na sala de preparo, e ao conversarmos sobre o parto, falamos sobre o “dipirona” que nos deram, o que aumentou as nossas dores e dificultou a nossa movimentação. O caso é que nos deram algum medicamento com ocitocina, um procedimento que não deve ser feito, exceto em alguns casos, mas a maioria das mulheres que passaram por aquela sala de preparo recebeu “medicação para dor” e logo após entrou em trabalho de parto.

Esses procedimentos sempre existiram, e durante a pandemia aumentaram, contando com poucos profissionais, pouca estrutura para atender 11 municípios, falta de capacitação adequada que guie para um tratamento mais humano (TAKEMOTO et al., 2020). Os partos tinham que ser feitos de maneira ágil, para a liberação de leite, troca de turno dos profissionais e evitar aglomer-

ações. O pouco investimento na área da saúde torna as condições de trabalho precárias e resulta em corpos violados.

Passei quase cinco dias na maternidade, sofrendo de exaustão, desrespeito e desamparo. Quando recebi alta, achei que poderia descansar, que poderia ir para casa e esquecer o que vivi, vi e senti, mas naquele momento passei a lidar com as condições adversas da área da saúde em Jacaraú.

Em Jacaraú, para além da falta de local exclusivo para o PSF, a falta dos serviços de pediatria, como dito anteriormente, do mesmo modo se fazia um problema. Começamos as rotinas de saúde, somente com as vacinas e exames. Luna, minha filha, não passou por nenhuma consulta com pediatra até a introdução alimentar e as questões eram solucionadas pelo *WhatsApp*, com a enfermeira obstétrica. Isso porque o ambiente não era separado e o quadro de funcionários era o mesmo para o PSF e para a urgência.

Em junho de 2020, saindo de casa somente para exames e vacinas, contrái o novo coronavírus. Dia 30 de junho, às 03h da manhã, na hora de amamentar, senti o corpo muito quente, os olhos ardendo, calafrio, vertigem e uma dor que pesava a cabeça. Após a febre, os outros sintomas permaneceram junto com a dor no corpo, e Luna apresentou febre de 38°C e nariz com coriza somente por um dia. Já meu companheiro apresentou os sintomas dois dias depois.

Resolvemos procurar o médico quando identificamos a perda do olfato e do paladar, no dia 16 de julho. Primeiro foi ele e depois fui eu, para que Luna não corresse mais nenhum risco. Ao passar pelo médico e descrever os sintomas, nos receitou como o “tratamento para covid”: Predsim 20mg, Levofloxacino 500mg, Addera D3 10.000 UI, Lisador 1g e para ele

6. <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/maternidade-do-hospital-geral-de-mamanguape-oferta-servico-de-doulas-as-gestantes>. Acessado em: 28 de mar. De 2022.

Ivermectina, Vitamina D3 4000 UI, Dipirona 1g, Vitamina C e Azitromicina 500mg. Depois pediu para que falássemos com as enfermeiras para agendar o teste rápido e fomos informados que os testes iriam chegar em 15 dias e que mandariam uma agente de saúde em casa para fazer a testagem. Acrescentou que por enquanto eu não saísse de casa. E a agente de saúde nunca apareceu.

Ainda com dores no corpo e sem paladar, meu companheiro resolve procurar a Secretaria de Saúde e lá é informado que os testes começaram a ser feitos naquele local, então somente dia 18 de agosto que o teste foi feito, dando resultado positivo. No dia 19 fiz o mesmo teste, com resultado negativo.

Quando questionei sobre Luna, fui aconselhada a levá-la ao pediatra, que se localizava em Mamanguape, mas não estava atendendo. As consultas particulares mais econômicas custavam 120 reais em Mamanguape e 190 reais em Nova Cruz. Com a única empresa de transporte fechada, a opção era o “transporte alternativo”, com custo de 20 reais por passageiro, ficando a ida e a volta no valor total de 80 reais, caso fossemos o pai e mãe.

Após a inauguração do PSF, houve o retorno da Puericultura, que funcionava de maneira inconstante, com atendimentos agendados, porém não realizados. Perto de Luna completar seis meses, consultamos um pediatra que na triagem perguntou: “está fazendo o acompanhamento, mãe?” (pergunta que ouvia em toda e qualquer consulta). Respondo que houve duas consultas na puericultura e que seria a primeira consulta dela com o pediatra, desde que saiu da maternidade. Recepcionistas, enfermeiras e agentes de saúde me olharam ao mesmo tempo: “mas mãe, tem que fazer...”. Irritada e constrangida, interrompi e informei que a vacinação e exame estavam em dia. Mesmo com o pai dela ao lado, só eu fui questionada.

Outra questão importante a se ressaltar são as práticas de cuidado

recomendadas nas cadernetas da gestante e da criança. Sem considerar o contexto, as informações não são repassadas a uma prática inclusiva, como também envolvem as práticas paternas como apoio e não como obrigação.

Pesquisas realizadas em 2020 no contexto pandêmico, mostram que no mundo 77% das mortes maternas estavam registradas no Brasil. Essa informação, somada aos relatos, revelam fatores de acesso, violência obstétrica e acompanhamentos insuficientes. (TAKEMOTO et al., 2020 apud ARAÚJO et al., 2021). Além da área da saúde, a questão de classe também é ressaltada, pois na pandemia muitas mulheres, em sua maioria de classe média, tiveram que recorrer ao sistema privado de saúde para ter acesso desde o pré-natal até os cuidados no puerpério. Para além da escassez do acesso, as pesquisas também ressaltam a desigualdade: como ficaram e ficam neste período mulheres das camadas populares? Como procederam mulheres em situação de vulnerabilidade com bebês e crianças portadores de deficiência? Houve mulheres mães que intercalaram os procedimentos entre o SUS e o sistema privado de saúde, mas e aquelas que não puderam fazer o mesmo?

O acesso que já se fazia difícil, se tornou ainda mais custoso na pandemia. Além de acesso limitado, acesso desigual para mulheres de diferentes classes econômicas, ainda havia a classificação moral dos cuidados e mulheres como “boas mães” ou a estigmatização de outras, como “negligentes” e “péssimas mães” (CARNEIRO; MULLER, 2020).

5. Namastreta: Buscando Calma onde Reina o Caos.

O último ponto a ser discutido é a sobrecarga de mulheres mães em isolamento, discussão que se relaciona com os outros tópicos desse artigo. Apesar de já conhecida pelas mulheres mães, na pandemia a sobrecarga apareceu de maneira

recorrente. Mulheres sem redes de apoio fragmentam tempo, espaço e psíquico entre trabalho remunerado, trabalho doméstico e cuidados (MONTICELLI, 2021; CARNEIRO; MULLER, 2020).

A covid-19 me adoeceu, antes mesmo de ser infectada. Isso se deu pela preocupação com a gestação, o medo de parir em meio a uma pandemia e a insegurança de estar só. Com a família a três mil quilômetros de distância, sem poder visitar ou ter parente próximo para auxiliar nos cuidados maternos com um bebê recém-nascido, uma mãe “de primeira viagem” tendo como copiloto um pai sem habilitação. A depressão era constante, os cuidados práticos que envolviam dar banho, trocar fralda, identificar dor, dentre outras, se faziam a parte mais fácil. O penoso da maternidade, em principal no puerpério, é a solidão. Mesmo que meu companheiro se fizesse presente e cumprisse com sua obrigação de pai, não entenderia minhas frustrações, meus sentimentos e minhas sensações. Como explicar ao outro a sensação de insuficiência e sobrecarga?

Desde a gestação, as cadernetas se tornaram úteis, pois quase todos os procedimentos ali escritos durante a gestação puderam ser feitos, por eu ter privilégios distintos de algumas mulheres que compareciam no PSF.

O que eu sabia sobre maternidade era o que eu tinha vivenciado na minha relação mãe e filha, e não queria executar as mesmas práticas. Do mesmo modo, não sabia nada sobre a criação com apego, o que era a maternidade ativa, mas foi o que veio até mim. A livre demanda, cama compartilhada, introdução alimentar saudável e, exatamente aos seis meses, afagar a todo choro e em principal dedicar quase todo o meu tempo a ser mãe (PULHEZ, 2015). Mas sempre que a pegava para afagar seu choro, chorava junto, me sentia cansada e insuficiente, considerava a possibilidade de abandonar a faculdade e me dedicar

apenas ao papel de mãe. Mas junto a isso havia a responsabilidade de ser a primeira da minha família a ingressar no ensino superior.

Sem a graduação, estaria repetindo o ciclo de mulheres, que nas palavras de minha mãe, “sem estudo e dependendo de macho”. Questionava-me por que nós mulheres, principalmente de classes mais vulneráveis, temos sempre de escolher entre a maternidade e os estudos ou trabalho? Por que não podemos ter os dois? Somente a figura masculina pode ter filhos e carreira ao mesmo tempo?

Mesmo que ele cuidasse dos afazeres domésticos e me auxiliasse nos cuidados maternos, ainda me sentia na obrigação de fazer tudo e muitas vezes refazer o que ele havia feito ou deixado para trás. Acordava com a sensação de cansaço, pensando em tudo e tentando executar outros “tudo”, me cobrava incessantemente pelas “faltas”. A falta de acesso, de tempo, de espaço e de paciência. Me sentia na obrigação de proporcionar para minha filha aquilo que não tinha: cuidado, acesso e tranquilidade.

Quando fomos infectados pelo coronavírus, familiares me ligavam e cobravam: “mas vocês não podem ficar saindo...tem que tomar cuidado”, “como ela tá? *Tadinha*, tem que se agasalhar bem porque eles sentem falta do útero quando tão pequenininho...”. Escutava prendendo a respiração para não chorar, me sentia culpada e a “pior mãe do mundo”.

Neste ponto, é possível perceber a imposição da maternagem e “do papel feminino”. Mulheres se sentem pressionadas só por serem mulheres, o que nos é imposto desde a infância, além da responsabilização individual pela falta de estrutura de determinados serviços.

A situação se agravou quando o pai foi admitido em uma empresa, *home office*. Trabalho e faculdade. Rotina das cinco da manhã até às 19h. Enquanto ele trabalhava e assistia aula, eu cuidava dos afazeres

domésticos e maternos. Às 19 horas ele assumia o posto, com a função apenas de colocá-la para dormir, enquanto eu assistia as aulas. Enquanto tentava me concentrar, ela chorava e procurava por mim e muitas vezes me sentia na obrigação de atendê-la ou perguntar se precisava de alguma ajuda. O que não ocorria quando acontecia o oposto.

A autocobrança, a carga mental, não resultam da pandemia, mas aumentaram com a mesma. O trabalho constante e permanente de pensar na ordenação, planejamento e execução das tarefas necessárias, sem cessar. Isto não só dificulta a aceitação de auxílio, como também dificulta a solicitação de ajuda, pois dessa forma é poupado o trabalho de explicar ao parceiro o que deve ser feito, já que para este será somente uma tarefa, quando para a mulher há a execução de um processo de organização das demais tarefas a serem feitas.

Além da carga mental, a divisão de trabalho entre gêneros também se faz presente no isolamento, como também está associado à problemática acima. Enquanto cabe à figura masculina se encarregar do capital, a figura feminina se encarrega do lar. Evidenciando a estrutura social de gênero. A pandemia foi marcada por um agravamento dessa estrutura. Muitas mulheres foram dispensadas de seus trabalhos remunerados e resumidas a cuidar do lar, sem suas redes de apoio.

Enquanto meu companheiro se encarregava de cada coisa no seu tempo, eu me encarregava de várias ao mesmo tempo. Somado à carga de lidar com outro ser humano, dependente, que ainda não sabe negociar tempo e espaço (CARNEIRO, 2019; MONTICELLI, 2021). Enquanto ele se sentia cansado, eu me sentia cansada, sobrecarregada e pressionada a fazer tudo. E dar conta desse “tudo” resultava na negligência nos cuidados comigo, deixando de produzir, assistir aula ou simplesmente ficar quieta. A estrutura do lar se mostra ainda

muito desigual e resume à pluralidade feminina ao cuidado com outro, sendo o filho ou marido. Somos resumidas a cuidar, e não a sermos cuidadas, ou por vezes criar nossa própria estratégia de apoio daquilo que deveria ser fornecido por direito, como creches e atividades recreativas de qualidade, para que mulheres mães possam progredir em suas carreiras acadêmicas e profissionais.

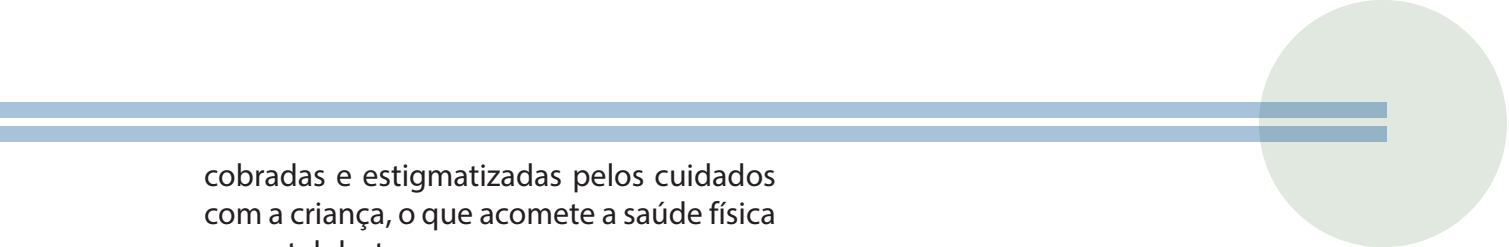
6. Considerações Finais

Longe de qualquer conclusão, as experiências maternas aqui relatadas têm como finalidade refletir sobre gênero e cuidado, e também compreender o contexto em que essas questões se encontram. Diante de uma pandemia, sem redes de apoio, mulheres de municípios de pequeno porte, cidades interioranas, se deparam com a dificuldade de acesso à saúde pública e pontos de apoio, como é o caso de Jacaraú.

Além da falta de um ambiente para o PSF, também há a falta de profissionais de pediatria para suprir as necessidades básicas de atendimento à criança, o que impõe a necessidade de se locomover para outras cidades em meio a um contexto pandêmico. Neste ponto, entra em discussão a vulnerabilidade econômica, porque mesmo que em cidades próximas haja atendimento público, é necessário custear a viagem para tal atendimento, bem como é necessário um acompanhamento qualificado durante e pós gestação.

Outra problemática a ser ressaltada é a dificuldade na adesão das recomendações de saúde, que tem como principal antagonista a velocidade com que as informações equivocadas se espalham.

Para além do contexto pandêmico, é válido ressaltar a exclusão do papel masculino na responsabilização pelos cuidados, valor presente na sociedade e validado na área da saúde quando mulheres são



cobradas e estigmatizadas pelos cuidados com a criança, o que acomete a saúde física e mental destas.

O contexto pandêmico fez emergir problemáticas de gêneros em diversas medidas e camadas, destacando o conhecido “papel feminino”, que ligado à falta de acesso econômico resume mulheres aos cuidados domésticos, privando-lhes da pluralidade duramente conquistada.

Referências

ARAÚJO, Roberta Lima Machado de Souza; et al. "Direitos reprodutivos em tempos de pandemia Covid-19: compreendendo o acesso de gestantes e puérperas aos serviços de saúde". *Rev. Feminismos*. v. 9, n. 1, 2021.

BONETTI, Alinne. Intrusas bem-vindas: um olhar sobre os cruzamentos entre gênero, relações de poder e sensibilidade na pesquisa etnográfica. In: GROSSI, Miriam Pillar; SCHWADE, Elisete (Orgs.). *Política e Cotidiano: estudos antropológicos sobre gênero, família e sexualidade*. Florianópolis: Nova Letra, p. 17-46, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00279>. Acessado em: 09 de fev. 2022.

CARNEIRO, Rosamaria. Dilemas de uma maternidade consciente. A quantas anda a conversa dos feminismos com tudo isso? *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v. 5, n. 04, 2019.

CARNEIRO, Rosamaria; FLEISCHER, Soraya Resende. "Eu não esperava por isso. Foi um susto": conceber, gestar e parir em tempos de Zika à luz das mulheres de Recife, PE, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 709-719, 2018.

CARNEIRO, Rosamaria; MULLER, Elaine. Afinal, quanto de extraordinário a pandemia de Covid-19 soma na vida das mulheres mães? *Áltera – Revista de Antropologia*, João Pessoa, v. 1, n. 10, p. 441-450, 2020.

FERREIRA, Verônica Clemente; et al. "Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia" *Rev. bras. educ. méd*, 44(supl.1): e. 147, 2020. v. 5, n. 04, 2019.



GAMA, Fabiene De Moraes Vasconcelos. "A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla". *Anuário antropológico*, v. 45, n. 2, p. 188-208, 2020.

GIOVANELLA, Ligia et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623>. Acessado em: 09 de fev. 2022.

MARTINS, Paula; SILVA, Teófilo. Decifrando a linguagem da caixa-preta: Vilém Flusser e a Análise do Discurso. *Discursos Fotográficos*. v. 09. p. 171, 2013. <https://doi.org/10.5433/1984-7939.2013v9n15p171>. Acessado em: 09 de fev. 2022.

MONTICELLI, Thays. Divisão sexual do trabalho, classe e pandemia: novas percepções? *Revista Sociedade e Estado*, v. 36, n. 1, p. 83-107, 2021.

MS, Guedes. Os impactos do efeito bolha causado pelos algoritmos do Facebook para o direito de resposta - *Boletim Científico ESMPU*, Brasília, n. 50, p. 67-85, 2017.



PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology)*, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

PULHEZ, Mariana Marques. Mulheres mamíferas: práticas da maternidade ativa. 2015, 201 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2015.

TAKEMOTO, M, L. S. et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 151, n. 1, p. 1-7, 2020.

TENÓRIO, F. G. Weber e a burocracia. *Revista Do Serviço Público*, v. 38, n. 4, p. 79-90, 1981.