ISRAEL VÍTOR BONFIM RODRIGUES

INTERSECCIONALIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DE GESTANTES E PUÉRPERAS COM COVID-19 EM MATO GROSSO DO SUL

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL
MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS
2024

ISRAEL VÍTOR BONFIM RODRIGUES

INTERSECCIONALIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DE GESTANTES E PUÉRPERAS COM COVID-19 EM MATO GROSSO DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local, sob orientação da Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL
MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS
2024

R696i Rodrigues, Israel Vitor Bonfim
Interseccionalidade e determinantes sociais da saúde de gestantes e puérperas com covid-19 em Mato Grosso do Sul/ Israel Vitor Bonfim Rodrigues sob orientação da Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes.-- Campo Grande, MS : 2024.
100 p.: il.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Local) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- MS, 2024
Bibliografia: p. 88- 96

1. Covid-19. 2. Desenvolvimento local. 3. Determinação social da saúde. 4. Determinantes sociais da saúde. 5. Interseccionalidades. 6. Saúde materna I.Bernardes, Anita Guazzelli. II. Título.

CDD: 362.1042

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: "Interseccionalidade e Determinantes Sociais da Saúde de gestantes e puérperas com covid-19 em Mato Grosso do Sul"

Área de concentração: Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidades.

Linha de Pesquisa: Cultura, Identidade e Diversidade na Dinâmica Territorial.

Dissertação submetida à Comissão Examinadora designada pelo Conselho do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local.

Exame de Defesa aprovado em: 08/02/2024

A presente defesa foi realizada por videoconferência. Eu, Profa. Dra. Anita Guazzeli Bernardes, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença virtual destes.

gov.br
Documento assinado digitalmente
ANITA GUAZZELLI BERNARDES
Data: 09/02/2024 09:37:57-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes (orientadora)

Profa. Dra. Adriane Pires Batiston (UFMS)

Prof. Dr. Josemar de Campos Maciel (PPGDL/UCDB)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de expressar minha profunda gratidão à minha orientadora, Dra. Anita Guazzelli Bernardes, pelas orientações, paciência e apoio durante o curso deste trabalho. Sua atenção e conhecimento foram extraordinários para a realização desta pesquisa.

Agradeço também aos professores que compuseram minha banca de avaliação, Prof. Dra. Adriane Pires Batiston e Prof. Dr. Josemar de Campos Maciel, por suas valiosas contribuições construtivas na qualificação e na defesa que me auxiliaram a moldar este trabalho.

Agradeço aos meus amigos e minha família, especialmente aos meus pais, Viviane C. B. Silva e Israel R. da Silva, pelo carinho, encorajamento e apoio constante em todas as etapas da minha vida acadêmica.

Também gostaria de expressar minha gratidão à Elaíne B. de Castro e à Dra. Dolores P. R. Coutinho, por me incentivarem e me apoiarem nessa jornada.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à Universidade Católica Dom Bosco, ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Local e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo ao aprendizado e pela oportunidade de realizar esta pesquisa.

[...] Um vírus sozinho não faz pandemia, tampouco explica o processo saúde e doença presente em diferentes contextos.

Gustavo C. Matta *et al*., 2021.

RODRIGUES, Israel Vítor Bonfim. **Interseccionalidade e Determinantes Sociais da Saúde de Gestantes e Puérperas com covid-19 em Mato Grosso do Sul**. 2024. 100 p. Dissertação (Mestrado) - Desenvolvimento Local, Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Local, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2024.

RESUMO

O foco desta pesquisa reside na morbimortalidade materna no contexto da pandemia de covid-19 no estado de Mato Grosso do Sul, com uma análise aprofundada dos aspectos raciais e sociais por meio de uma perspectiva interseccional. Nessa abordagem, reconhece-se a determinação social do processo saúde-doença, entendendo que a saúde é um fenômeno que transcende o domínio biológico, apresentando implicações tanto local quanto globalmente. Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial na promoção da saúde, englobando a prevenção, tratamento de doenças, reabilitação e a promoção de estilos de vida saudáveis nas comunidades. O objetivo primordial da pesquisa é investigar casos de gestantes e puérperas diagnosticadas com covid-19 em Mato Grosso do Sul, utilizando uma abordagem interseccional dos determinantes sociais da saúde. A estrutura desta dissertação segue o formato de coletânea de artigos, abordando uma fundamentação teórico-conceitual e histórica sobre o tema, uma revisão descritiva com enfoque estatístico da literatura recente e, por fim, uma apresentação dos dados de casos e óbitos de gestantes e puérperas com covid-19 no estado, sob a perspectiva da interseccionalidade. A revisão da produção científica evidencia uma predominância de estudos concentrados nos aspectos fisiopatológicos da covid-19, destacando disciplinas da área de saúde, como obstetrícia, infectologia, pneumologia e patologia. Entretanto, a análise bibliométrica revela que, apesar do volume considerável de estudos interdisciplinares, poucos pesquisadores abordaram a interseccionalidade dos marcadores sociais ao analisar a morbidade e mortalidade materna associadas à covid-19 no Brasil. Os resultados da coleta de dados sobre a morbimortalidade materna em Mato Grosso do Sul apontam para disparidades raciais, destacando que mulheres pardas foram as mais afetadas, seguidas por brancas, pretas, amarelas e indígenas. Essas disparidades manifestam-se em várias categorias, como faixa etária, período de diagnóstico durante a gravidez, zona de residência e necessidade de cuidados hospitalares.

Palavras-chave: Covid-19; Desenvolvimento Local; Determinação Social da Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Interseccionalidade; Saúde materna.

RODRIGUES, Israel Vítor Bonfim. **Interseccionalidad y Determinantes Sociales de la Salud de Mujeres Embarazadas y Puérperas con covid-19 en Mato Grosso do Sul.** 2024. 100 p. Tesis (maestría) - Desenvolvimento Local, Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Local, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2024.

RESUMEN

El foco de esta investigación es la morbilidad y mortalidad materna en el contexto de la pandemia de covid-19 en el estado de Mato Grosso do Sul, con un análisis en profundidad de los aspectos raciales y sociales desde una perspectiva interseccional. En este enfoque se reconoce la determinación social del proceso salud-enfermedad, entendiendo que la salud es un fenómeno que trasciende el dominio biológico, presentando implicaciones tanto a nivel local como global. Los profesionales de la salud desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud, abarcando la prevención, el tratamiento de enfermedades, la rehabilitación y la promoción de estilos de vida saludables en las comunidades. El principal objetivo de la investigación es investigar casos de mujeres avergonzadas y en puerperio diagnosticadas con covid-19 en Mato Grosso do Sul, utilizando un enfoque interseccional de los determinantes sociales de la salud. La estructura de esta disertación sigue el formato de una colección de artículos, abordando una fundamentación teórico-conceptual e histórica sobre el tema, una revisión descriptiva con enfoque estadístico en la literatura reciente y, finalmente, una presentación de datos sobre casos y muertes de mujeres embarazadas y puérperas con covid-19 en el estado, desde la perspectiva de la interseccionalidad. La revisión de la producción científica destaca un predominio de estudios centrados en los aspectos fisiopatológicos de la covid-19, destacando disciplinas de la salud como obstetricia, enfermedades infecciosas, neumología y patología. Sin embargo, el análisis bibliométrico revela que, a pesar del considerable volumen de estudios interdisciplinarios, pocos investigadores abordaron la interseccionalidad de los marcadores sociales al analizar la morbilidad y mortalidad materna asociada a la covid-19 en Brasil. Los resultados de la recopilación de datos sobre morbilidad y mortalidad materna en Mato Grosso do Sul apuntan a disparidades raciales, destacando que las mujeres mestizas (pardo) fueron las más afectadas, seguidas de las blancas, negras, amarillas e indígenas. Estas disparidades se manifiestan en varias categorías, como edad, período de diagnóstico durante el embarazo, zona de residencia y necesidad de atención hospitalaria.

Palabras-clave: Covid-19; Desarrollo Local; Determinación Social de la Salud; Determinantes Sociales de la Salud; Interseccionalidad; Salud maternal.

RODRIGUES, Israel Vítor Bonfim. **Intersectionality and Social Determinants of Health of Pregnant and Postpartum Women with covid-19 in Mato Grosso do Sul**. 2024. 100 p. Dissertation (Masters) - Desenvolvimento Local, Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Local, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2024.

ABSTRACT

The focus of the research lies on maternal morbidity and mortality in the context of the covid-19 pandemic in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil, with an in-depth analysis of racial and social aspects through an intersectional perspective. Through this approach, the social determination of the health-disease process is recognized, understanding that health is a phenomenon that transcends the biological domain, presenting implications both locally and globally. Health professionals play a crucial role in promoting health, encompassing prevention, disease treatment, rehabilitation and the promotion of healthy lifestyles in communities. The primary objective of the research is to investigate cases of pregnant and postpartum women diagnosed with covid-19 in Mato Grosso do Sul, using an intersectional approach to the social determinants of health. The structure of this dissertation follows a multi paper format, addressing a theoretical-conceptual and historical foundation on the topic, a descriptive review with a statistical focus on recent literature and, finally, a presentation of data on cases and deaths of pregnant and postpartum women with covid-19 in the state, through an intersectional perspective. The scientific production review highlights a predominance of studies focused on the pathophysiological aspects of covid-19, highlighting health disciplines such as obstetrics, infectious diseases, pulmonology and pathology. However, the bibliometric analysis reveals that, despite the considerable volume of interdisciplinary studies, few researchers have addressed intersectionality of social markers when analyzing maternal morbidity and mortality associated with covid-19 in Brazil. The results of data collection on maternal morbidity and mortality in Mato Grosso do Sul point to racial disparities, highlighting that brown (pardo or mixed race) women were the most affected, followed by white, black, yellow and indigenous women. These disparities manifest themselves in several categories, such as age group, period of diagnosis during pregnancy, area of residence and need for hospital care.

Keywords: Covid-19; Local Development; Social Determination of Health; Social Determinants of Health; Intersectionality; Maternal health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
EPI	Equipamentos de proteção individuais
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO	*International Labour Organization*
IWPR	*Institute for Women's Policy Research*
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OOBr	Observatório Obstétrico Brasileiro
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	*Polymerase Chain Reaction*
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UniMi	*University of Milan*
UPE	Universidade de Pernambuco
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	*World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead..... 30
Figura 2. Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde, proposto por Solar e Irwin. 31
Figura 3. Frequência de termos presentes nos resumos..... 60
Figura 4. Coocorrência entre as palavras-chave dos artigos..... 60
Figura 5. Evolução temática da produção científica..... 61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Quantidade de artigos publicados por ano sobre o tema..... 58
Gráfico 2. Instituições/afiliações que mais produziram artigos.....59

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Artigos mais citados globalmente, em ordem decrescente de quantidade de citações..... 64

Tabela 1. Distribuição temporal dos casos por raça/cor.....74

Tabela 2. Distribuição de casos quanto à evolução..... 75

Tabela 3. Distribuição de casos por faixa etária.....75

Tabela 4. Distribuição de casos por momento gestacional..... 76

Tabela 5. Distribuição de casos por zona de residência..... 76

Tabela 6. Distribuição de casos quanto à hospitalização.....77

Tabela 7. Distribuição de casos quanto à internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)..... 77

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....16
1.1 Motivações e vivências.....20
2 OBJETIVOS..... 23
2.1 Objetivo geral..... 23
2.2 Objetivos específicos.....23
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....24
3.1 Fundamentação Teórica..... 24
3.2 Artigo 1..... 25
3.3 Artigo 2..... 26
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 27
4.1 Determinantes Sociais da Saúde..... 27
4.2 Desigualdades em saúde..... 33
4.3 A pandemia de covid-19 e os impactos na vida das mulheres..... 37
4.4 Interseccionalidade.....42
4.5 Raça, cor e racismo no Brasil.....47
4.6 Saúde e desenvolvimento..... 51
5 INTERSECCIONALIDADE NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE COVID-19 E SAÚDE MATERNA..... 54
5.1 Introdução.....55
5.2 Métodos.....56
5.3 Resultados.....58
5.4 Discussão..... 62
5.5 Conclusão.....66
5.6 Referências..... 66
6 MORBIMORTALIDADE POR RAÇA/COR DE GESTANTES E PUÉRPERAS DIAGNOSTICADAS COM COVID-19 EM MATO GROSSO DO SUL.....70
6.1 Introdução.....71
6.2 Métodos.....73
6.3 Resultados.....74
6.4 Discussão..... 78
6.5 Conclusão.....81
6.6 Referências..... 82

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 86

REFERÊNCIAS..... 88

ANEXO I. FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO..... 97

ANEXO II. FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19..... 99

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A temática desta pesquisa é a morbimortalidade materna causada pela pandemia de covid-19 no estado de Mato Grosso do Sul e os aspectos raciais e sociais do processo saúde-doença sob uma perspectiva interseccional, considerando também a determinação social do processo saúde-doença, dado que a saúde não se restringe ao domínio biológico, mas se manifesta como um processo social, causando impactos no desenvolvimento local e global. Posto isso, os profissionais da saúde desempenham um papel importante na promoção da saúde através de ações de prevenção e tratamento de doenças e agravos e reabilitação, promovendo estilos de vida saudáveis nas comunidades.

O Coronavírus, SARS-CoV-2, identificado como o agente causador de uma série de doenças respiratórias atípicas, incluindo a patologia denominada covid-19, teve seu primeiro caso registrado em dezembro de 2019, na província de Wuhan, China (Cucinotta; Vanelli, 2020; Zhang *et al*., 2020). A doença foi oficialmente declarada uma pandemia em março de 2020, e o término dessa emergência de saúde pública foi anunciado em 2023 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 2023).

A pandemia desafiou governos, sociedades, comunidades e indivíduos em todo o mundo devido aos agravos de saúde e sequelas causadas pela covid-19. Nesse contexto, as mulheres sofreram impactos desproporcionais causados pela pandemia, sendo que aproximadamente 20 milhões de mulheres tiveram seu controle de natalidade interrompido durante a pandemia somente no continente americano, tanto pela indisponibilidade dos serviços de saúde, quanto pelo impacto socioeconômico causado pela pandemia (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

A covid-19 se manifestou de maneira diversa em diferentes contextos, revelando as complexidades da pandemia, desde aspectos sociais amplos até particularidades nas interações cotidianas, especialmente em regiões que apresentam grandes desigualdades (Matta *et al*., 2021).

Não fora, de início, possível abordar com precisão os riscos da infecção por covid-19, porém sabe-se que fatores como a imunossupressão, consequência típica

da gestação, fez com que as gestantes estivessem entre as pessoas mais vulneráveis à patógenos de característica respiratória, bem como a infecção causada pela covid-19. Essas mulheres enfrentaram complicações maternas e neonatais graves, prematuridade e também necessitaram de cuidados intensivos, com grande probabilidade de evoluírem para óbito (Sentilhes *et al*., 2020; Villar *et al*., 2021).

O processo de adoecimento causado pela covid-19 não se deu de maneira uniforme, uma vez que a doença afetou as pessoas de maneira diversa. As evidências apontam incidências diferentes que são determinadas por fatores como renda, faixa etária, raça e gênero. Diversos segmentos da sociedade ficaram mais expostos ao patógeno, devido às vulnerabilidades e desigualdades sociais e econômicas, além da presença de condições de saúde pré-existentes (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2020; Peres, 2020).

Nas últimas décadas, ocorreram avanços significativos na saúde, mas persistem disparidades substanciais, resultando em desigualdades em saúde, muitas vezes relacionadas a desigualdades sociais mais amplas. Isso prejudica o desenvolvimento humano, econômico e social em diversos territórios. Além disso, diferentes contextos políticos, culturais e socioeconômicos geram aumento da vulnerabilidade para doenças infecciosas, como a covid-19 (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Demandou-se, portanto, promover cuidados adequados para as gestantes, que além das alterações fisiológicas e imunológicas, podem ser acometidas por patologias típicas do processo gestacional, além do risco de se aumentar a suscetibilidade ao vírus e a gravidade da infecção (Furlan *et al*., 2020; Sentilhes *et al*., 2020; Villar *et al*., 2021).

No Brasil, o governo inicialmente adotou medidas de distanciamento e isolamento social como estratégia para combater a pandemia. No entanto, posteriormente, houve uma mudança de foco, priorizando a economia e buscando minimizar os impactos da covid-19. Além disso, houve falta de liderança e comunicação eficaz com os entes federativos, ou seja, estados e municípios, no que diz respeito à resposta à pandemia (Santos *et al*., 2020).

O Governo Federal também adotou uma postura negacionista e insensível, reduzindo a gravidade da doença, promovendo a retomada das atividades econômicas em detrimento da prevenção, ignorando muitas das recomendações de mitigação dos riscos da covid-19 (Bertholini, 2022). O Estado brasileiro não adotou quase nenhuma das medidas recomendadas pela OMS para controlar a disseminação do vírus e prevenir a pandemia, entre elas a testagem em massa, rastreamento de contatos, controle de fronteiras, uso de máscaras, distanciamento social e *lockdowns*[1]. Em vez disso, o governo federal promoveu políticas públicas incentivando o uso de medicamentos sem comprovação científica como "tratamento precoce" para a covid-19, o que resultou em um número excessivo de mortes evitáveis no país (Santos *et al*., 2020; Bertholini, 2022; Almeida *et al*., 2022).

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública no Brasil, afetando as diferentes regiões do país de maneira desigual. Há consenso de que as mulheres em situação de mortalidade materna são geralmente aquelas com menor renda e níveis de escolaridade. Além das disparidades socioeconômicas, a questão racial também se torna relevante. A análise dessa situação é complexa devido à diversidade de abordagens sobre classificação racial, abrangendo características como raça/cor, ascendência e classe social. Alguns acreditam que não deveria haver classificação racial, visto que muitos pesquisadores optam por não considerar a raça ao investigar as causas da pobreza e da falta de oportunidades, tornando a análise desafiadora (Heringer, 2002; Martins, 2006).

As desigualdades na saúde da população, especialmente das pessoas negras, são influenciadas por diversos fatores, incluindo condições socioeconômicas, características da população e a forma como a sociedade lida com questões de saúde e agravos específicos. As pessoas negras frequentemente enfrentam vulnerabilidades devido a seu ambiente, que as exclui e as coloca em risco. Além disso, a falta de reconhecimento de suas necessidades específicas em programas de saúde e sua constante luta para se integrar na sociedade podem levar a problemas de saúde.

[1] O termo *lockdown* denota a imposição de restrições abrangentes em uma região, normalmente pelo Estado ou por ordem judicial, sendo uma das medidas mais severas utilizadas em situações críticas, como uma pandemia.

Considerando o contexto pandêmico, é fundamental reconhecer o impacto desproporcional da covid-19 em mulheres negras (pretas e pardas) no Brasil, incluindo gestantes e puérperas, pois a gravidez tornou-se fator de risco adicional para essas mulheres, ressaltando a interseccionalidade de suas experiências. Esse agravamento está relacionado à histórica invisibilidade e às desigualdades sociais e raciais que remontam à colonização e à escravização de pessoas negras no país, cujos efeitos persistem nas populações vulnerabilizadas em termos de acesso e cuidados de saúde. Diante desta realidade, pergunta-se: de que modo a raça/cor está associada aos demais determinantes sociais da saúde e como a relação destes fatores interferem nos desfechos de saúde de gestantes e puérperas, acometidas pela covid-19, no estado de Mato Grosso do Sul?

A interseccionalidade no âmbito do desenvolvimento local é de grande importância política e ética, pois busca compreender as interações complexas entre diferentes sistemas sociais, culturais e políticos que influenciam os determinantes sociais da saúde e o acesso à saúde de maneira ampliada. Em síntese, considero que a abordagem interseccional na pesquisa relacionada ao desenvolvimento local e à saúde contribui para a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e saudável, pois considera a complexidade das experiências humanas, das desigualdades sociais e das estruturas sociais que impactam na saúde da população.

Com base nisso, pretendo colaborar com as metodologias que, de acordo com Hancock (2007), traduzem os princípios teóricos da interseccionalidade em práticas tangíveis. Esse enfoque está situado entre a pesquisa redutora, que busca generalizações sem considerar nuances, e a pesquisa excessivamente especializada, que não contribui para a teoria devido à sua extrema especificidade. Esse esforço contínuo é fundamental para aplicar de forma eficaz os conceitos interseccionais na análise acadêmica.

Na seção denominada “Fundamentação Teórica”, apresento as teorias e as contextualizações históricas essenciais relacionadas ao tema da pesquisa, refletindo sobre os conceitos de desigualdades em saúde, determinantes sociais da saúde, os impactos multidimensionais da pandemia na vida das mulheres e a interseccionalidade e suas aplicações práticas e analíticas. Nessa seção também

apresento brevemente a perspectiva de cor, raça e racismo no Brasil a partir de uma abordagem histórica e social, e, por último, abordo a relação entre saúde e desenvolvimento.

Na sessão seguinte, “Interseccionalidade na produção científica sobre covid-19 e saúde materna”, utilizei o método de revisão bibliométrica da literatura e selecionei as publicações mais relevantes sobre a temática, com intuito de investigar se a presença de alguns determinantes sociais da saúde como cor/raça/etnia, classe social, e faixa etária foram consideradas pelas pesquisas publicadas entre o período de 2020 a 2023.

A última seção, “Morbimortalidade por raça/cor de gestantes e puérperas diagnosticadas com covid-19 em Mato Grosso do Sul”, consiste de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa, de natureza observacional e exploratória, onde exponho os resultados da coleta e da interpretação crítica dos dados relativos à morbidade e mortalidade de gestantes e puérperas por covid-19 no estado de Mato Grosso do Sul, quanto à evolução, faixa etária, momento gestacional, zona de residência, hospitalização e necessidade de cuidados intensivos.

1.1 Motivações e vivências

Em minha experiência como fisioterapeuta, atuei em diversos níveis de atenção à saúde, da prevenção e promoção da saúde e também no tratamento das disfunções musculoesqueléticas, cardiorrespiratórias e neurológicas, muitas vezes em parceria com outros trabalhadores da saúde, numa perspectiva interdisciplinar, que me levou a procurar um programa de pós-graduação *stricto sensu* com essa característica, como é o caso do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Local da Universidade Católica Dom Bosco, além do incentivo de alguns professores, amigos e profissionais egressos do programa.

Considerando que o acesso à saúde é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, assegurando o direito universal dos cidadãos a atendimento abrangente, equitativo e oportuno em todos os níveis de assistência à saúde, os profissionais da saúde trabalham em equipes inter e multidisciplinares,

compostas por profissionais como assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, entre outros; visando promover a saúde, eliminar barreiras geográficas, financeiras, culturais e sociais, buscando descentralização, regionalização e estratégias para promover a equidade no acesso.

Em novembro de 2020 passei a trabalhar em um hospital privado que, devido à pandemia, estabeleceu parceria com o SUS, atendendo pessoas com disfunções traumato-ortopédicas e também pacientes com sequelas causadas pela covid-19. No mesmo mês também iniciei minha atuação como docente em uma instituição de ensino superior privada como preceptor de estágio supervisionado em fisioterapia hospitalar. Minha primeira turma de estagiárias e estagiários passou pelo processo de interrupção das atividades práticas acadêmicas previstas devido à pandemia em março do mesmo ano. Com a subsequente flexibilização das atividades mediante decreto das autoridades públicas, eles retornaram à prática supervisionada no mês de novembro no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul – Rosa Pedrossian (HRMS), uma instituição pública que funcionou como pólo de referência no estado durante a pandemia.

O estágio foi realizado com uma carga horária reduzida e algumas restrições que impactaram de certa forma a assistência de saúde, como a redução da quantidade de alunos permitida em cada setor da instituição, o uso de novos equipamentos de proteção individuais (EPI) e as novas recomendações de biossegurança, intensificadas para prevenção do contágio, o que gerou estresse e medo, tanto para os estagiários como para mim e para os profissionais do hospital. Uma aluna gestante fazia parte dessa primeira turma de estagiários e, devido às normas do hospital e das recomendações das autoridades sanitárias, não pode vivenciar a prática clínica, pois fazia parte de um dos diversos grupos de risco devido à sua condição de gestante. Esse foi o meu primeiro contato com a questão da gestação durante a pandemia.

Meu segundo contato, ainda durante a primeira semana de estágio no HRMS, desta vez com uma gestante diagnosticada com a covid-19, que estava sendo transportada, já entubada e fazendo uso de aparelhos de ventilação mecânica invasiva, para uma das unidades de terapia intensiva onde alguns de meus estagiários estavam presentes.

Entre 2020 e 2021, na enfermaria do outro hospital onde atuei, também prestei assistência a muitos pacientes graves diagnosticados com covid-19, grande parte deles necessitaram de cuidados intensivos como intubação e ventilação mecânica, sendo que, alguns foram readmitidos à unidade de terapia intensiva devido à piora dos sintomas.

Também atuei junto à equipe multiprofissional de saúde nos cuidados de fim de vida como parte da prática de cuidados paliativos, na assistência desses pacientes e suas famílias. Apesar de não ter atendido nenhuma gestante ou puérpera nessa instituição, parte considerável dos pacientes mais graves eram pessoas negras. Também presenciei alguns óbitos e também observei muitas sequelas causadas pela covid-19, principalmente complicações relacionadas à internação prolongada, como a fraqueza muscular generalizada, incontinência urinária, os déficits de cognição e memória, os distúrbios da fala e do sistema respiratório.

Foi a partir dessas experiências que me dispus a pesquisar sobre a covid-19 na gestação e no puerpério e também sobre as desigualdades sociais e raciais em saúde. Essas reflexões e vivências resultaram na minha motivação para ingressar no mestrado e na condução dessa pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever os casos de gestantes e puérperas diagnosticadas com covid-19 em Mato Grosso do Sul, através uma abordagem interseccional dos determinantes sociais da saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a produção científica sobre a covid-19 no período gestacional;
- Investigar os grupos étnico-raciais de gestantes e puérperas diagnosticadas com covid-19 em Mato Grosso do Sul.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A estrutura desta dissertação segue o modelo de coletânea de artigos, ou seja, apresentada como uma coleção de artigos prontos para publicação, que pode ser acompanhada por outras seções como introdução e considerações finais. Diversos pesquisadores têm destacado as vantagens desse formato (Badley, 2009; Costa, 2014; Paltridge, 2002), pois desperta o interesse da comunidade acadêmica devido às oportunidades que oferece, além de expandir nossas perspectivas, encoraja-nos a explorar abordagens alternativas e reconhecer que essa mudança não se limita à reorganização da estrutura da pesquisa, já que envolve também a adoção de novos métodos de condução da pesquisa, como a possibilidade de colaboração em rede e parceria com membros de grupos de pesquisa, entre outras alternativas (Mutti; Klüber, 2022).

Sendo assim, este estudo foi dividido em seções distintas, estruturadas com intuito de abordar uma fundamentação teórico-conceitual e histórica dos principais assuntos relacionados ao tema, uma revisão bibliométrica da literatura recente e, por último, uma apresentação dos dados de casos e óbitos de gestantes e puérperas diagnosticadas com covid-19 no estado de Mato Grosso do Sul à luz da interseccionalidade.

Diferentes abordagens metodológicas foram empregadas nos dois artigos (Seções 5 e 6) que integram este trabalho, que, embora independentes, compõem o conjunto que resultou nesta dissertação, contendo introdução, objetivos, métodos, resultados e discussão, além de uma subseção de conclusão próprias.

Por se tratar da utilização de dados secundários, de livre acesso em bases de dados públicas, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.1 Fundamentação Teórica

Não há dúvidas de que a saúde não se limita ao âmbito biológico, já que também se configura como um processo social e não se pode ignorar os contextos históricos e sociais da pandemia e das condições que culminaram na exacerbação das desigualdades sociais já existentes. Desta forma, na construção da

fundamentação teórica (Seção 4), busquei publicações e autores que abordam essas perspectivas, a partir da reflexão proposta por Skalinski e Praxedes (2003) que afirmam que, “a explicação para os fenômenos epidemiológicos surge da relação com outras partes do todo, gerando uma realidade complexa, [...] diferente e dependente de todas as partes”.

3.2 Artigo 1

A seção 5, em formato de artigo científico, denominado “Interseccionalidade na Produção Científica sobre covid-19 e Saúde Materna”, é resultado de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, de abordagem quantitativa, a partir de análise bibliométrica que seguiu cinco etapas: definição do objetivo, protocolo, coleta de dados, análise dos dados e síntese de resultados. A delimitação do tema e do objetivo da pesquisa, apresentados na introdução, compreendeu a primeira etapa deste estudo.

Na segunda etapa, foi definido o protocolo da pesquisa, ou seja, a escolha da base de dados, as palavras-chave e a estratégia de busca. A busca foi realizada na base de dados *Web of Science*™, utilizando as palavras-chave, em língua inglesa, “covid-19”, “*pregnancy*” e “*Brazil*” e empregando o termo booleano *AND* entre os descritores. Sendo assim, a estratégia de busca utilizada na plataforma foi: “covid-19 *AND pregnancy AND Brazil*”.

A terceira etapa, coleta dos dados, foi caracterizada pela inclusão de todas as publicações indexadas no período de 1º de janeiro de 2020 a 8 de maio de 2023. Não houve exclusão de documentos. Ainda nesta fase foi produzido o banco de dados, gerado pela própria plataforma contendo os metadados dos resultados apresentados em um arquivo de texto (.txt).

Na quarta etapa, análise dos dados, foi utilizado o software RStudio® na versão 0.3.0. Para subsequente análise bibliométrica, houve a instalação do pacote bibliometrix[2]. Em seguida foi utilizado o aplicativo biblioshiny[3], que apresenta um

[2] Ferramenta de código aberto (*open source*) para pesquisas quantitativas em cientometria e bibliometria que inclui todos os principais métodos de análise bibliométrica.

[3] Aplicativo que fornece uma interface web para o bibliometrix.

aplicativo com interface gráfica em um navegador web externo, que solicita o upload do arquivo de texto, permitindo a visualização gráfica dos dados coletados para análise, incluindo a quantidade total de publicações por ano, nome e origem dos autores, métricas de autoria, fontes dos periódicos, além das métricas de palavras-chave, frequência dos termos mais utilizados no título e no resumo dos artigos, entre outras possibilidades.

A última etapa da análise bibliométrica consistiu na utilização das figuras e tabelas geradas pelo biblioshiny para apresentação dos resultados obtidos. As categorias analisadas foram: autoria, colaboração, co-ocorrência de palavras-chave, artigos mais citados e termos mais utilizados.

3.3 Artigo 2

A seção 6, “Morbimortalidade por Raça/cor de Gestantes e Puérperas Diagnosticadas com covid-19 em Mato Grosso do Sul” se trata de um estudo transversal, cujos dados foram extraídos mensalmente entre fevereiro de 2022 e agosto de 2023, com última atualização em 31 de agosto de 2023 através do Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr), banco de dados que compila os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e covid-19 em gestantes e puérperas de todo o Brasil a partir do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) desde 2009 do portal DATASUS.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: casos que se enquadram como gestantes (em qualquer trimestre gestacional ou com idade gestacional não identificada) ou puérperas, com idades entre 10 e 55 anos; confirmação de diagnóstico positivo para covid-19 por meio de testes como PCR (Polymerase Chain Reaction), antigénio, sorologia ou outros métodos semelhantes. A análise abrangeu o período de 1 de janeiro de 2020 a 31 de agosto de 2023.

Todos os dados extraídos foram tabulados e organizados utilizando o software de planilhas LibreOffice Calc versão 7.5.2.2. Analisados a partir da variável raça, os dados foram categorizados em: distribuição anual de casos confirmados, evolução, faixa etária, momento gestacional, zona de residência, hospitalização e internação em UTI.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica está organizada em seis conceitos-chave, dispostos a fim de contextualizar e conceituar demais temas relacionados que contribuem para a compreensão da pesquisa, partindo da abordagem dos determinantes sociais da saúde, desigualdades em saúde, a pandemia de covid-19, interseccionalidade, raça e, por fim, explorando a relação entre saúde e desenvolvimento.

4.1 Determinantes Sociais da Saúde

Podemos compreender a saúde como a capacidade de alcançarmos nosso máximo potencial como seres humanos, fica evidente que isso depende não apenas do funcionamento adequado do corpo, mas também do acesso aos recursos criados pela humanidade, como alimentos, moradia, educação, meio ambiente, transporte, serviços de saúde e hábitos saudáveis, chamados de determinantes sociais da saúde (Albuquerque; Silva, 2014; Carvalho; Buss, 2012).

A Constituição Federal brasileira (Brasil, 1988, art. 196º) afirma que

> "[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Os determinantes sociais da saúde são caracterizados pelas condições sociais, econômicas, culturais, psicológicas, comportamentais, étnicas e raciais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde durante os ciclos de vida de uma pessoa. Estes fatores são regulados pela distribuição de dinheiro, poder e recursos de uma sociedade. As desigualdades nessas condições fazem com que certos grupos tenham moradia e educação de pior qualidade, menos oportunidades de emprego e menos acesso a ambientes seguros, água e ar limpos, segurança alimentar e cuidados de saúde (Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008; Islam, 2019; Organização Mundial da Saúde, 2008).

Circunstâncias políticas, socioeconômicas e culturais impactam negativamente os resultados de saúde, aumentando a vulnerabilidade a doenças infecciosas, como a covid-19, e levam a inequidades em saúde, muitas vezes ao

longo das gerações. Tendências emergentes, como avanços em tecnologia, aumento da urbanização não planejada e os riscos das mudanças climáticas consolidam as desigualdades existentes e aumentam ainda mais a lacuna nas oportunidades e pioram os resultados na saúde (Organização Mundial da Saúde, 2021).

A análise dos determinantes sociais da saúde concentra-se na investigação das desigualdades evidentes em condições de vida, trabalho, acesso a serviços de saúde, distribuição de recursos e seu impacto na morbidade e mortalidade entre diferentes grupos sociais (Almeida-Filho, 2010).

Os princípios do SUS – universalidade, equidade, integralidade – estão intrinsecamente ligados aos determinantes sociais da saúde, e buscam garantir acesso universal e equitativo aos serviços, considerando aspectos sociais e culturais, distribuir recursos de forma regionalizada, envolver a comunidade na gestão, e descentralizar ações para enfrentar desigualdades relacionadas aos determinantes sociais. Essa abordagem integrada visa promover a equidade e melhorar as condições de saúde da população de maneira justa e abrangente (Ferreira; Ferreira, 2023; Mario, 2023).

Segundo a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), as seguintes dimensões devem ser consideradas na investigação da situação de saúde como as tendências da evolução demográfica, social e econômica do país, pois fornece um enquadramento amplo para analisar a situação de saúde, traçando a evolução dos principais fatores determinantes, incorporando informações relacionadas ao crescimento demográfico, taxas de fertilidade, índices de mortalidade, movimentos populacionais, urbanização, dinâmicas do mercado de trabalho, distribuição de renda e níveis educacionais. A estratificação socioeconômica e a saúde exibem o panorama de saúde atual no território, sublinhando disparidades de saúde com base em categorias socioeconômicas, como níveis de renda, educação, gênero e região de residência.

A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) também enfatiza a necessidade de analisar as condições de saúde levando em consideração as condições de vida, o ambiente e o trabalho. Isso envolve a avaliação das

interações entre saúde e fatores como saneamento, alimentação, habitação, ambiente de trabalho, poluição, acesso a informações e serviços de saúde, e como esses fatores impactam na saúde de diferentes grupos da população.

Adicionalmente, a análise das condições de saúde também deve abranger as redes sociais e comunitárias, incorporando evidências sobre a organização comunitária e as redes de solidariedade e apoio para melhorar a saúde, com foco no desenvolvimento dessas redes em grupos socialmente desfavorecidos. Além disso, é fundamental considerar comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada, diferenciando-os por estratos socioeconômicos. Também é crucial abordar a saúde materno-infantil e a saúde indígena devido à sua relevância social e necessidades específicas de políticas públicas (Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Na América Latina, a discussão sobre desigualdades sociais tem sido realizada com base na teoria da determinação social do processo saúde-doença, teoria que analisa como o sistema capitalista de produção é constituído e se expressa de formas distintas em cada sociedade, destacando os mecanismos de acumulação de capital e distribuição de poder, prestígio e bens materiais resultantes desses processos (Barata, 2009).

A posição de classe e a reprodução social são consideradas os principais determinantes do perfil da saúde e da doença. Nessa abordagem, o problema deixa de ser tratado como uma questão de pobreza absoluta ou relativa e passa a ser analisado a partir da perspectiva da inclusão ou exclusão social. Os impactos da estrutura social na saúde são compreendidos a partir dos processos de participação ou exclusão, associados às diferentes posições sociais e sujeitos a transformações ao longo do tempo (Barata, 2009; Carvalho; Buss, 2012, p. 135).

Segundo Barata (2009), no Brasil, a teoria da determinação social do processo saúde-doença enfatiza principalmente o modo de vida como explicação central. Este conceito abrange tanto os aspectos materiais quanto os simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, relacionando cada grupo social ao seu modo de vida. Ao articular as várias esferas

da organização social, o conceito de modo de vida integra as condições coletivas dos grupos e os comportamentos individuais dos membros desses grupos em um único enfoque teórico.

Um dos modelos de referência da determinação social da saúde foi proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 1), onde pode-se observar que os comportamentos e estilos de vida individuais situam-se no limiar entre fatores individuais e determinantes sociais da saúde. Comportamentos não apenas refletem escolhas pessoais, mas também dependem de determinantes sociais, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares e oportunidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer.

Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead

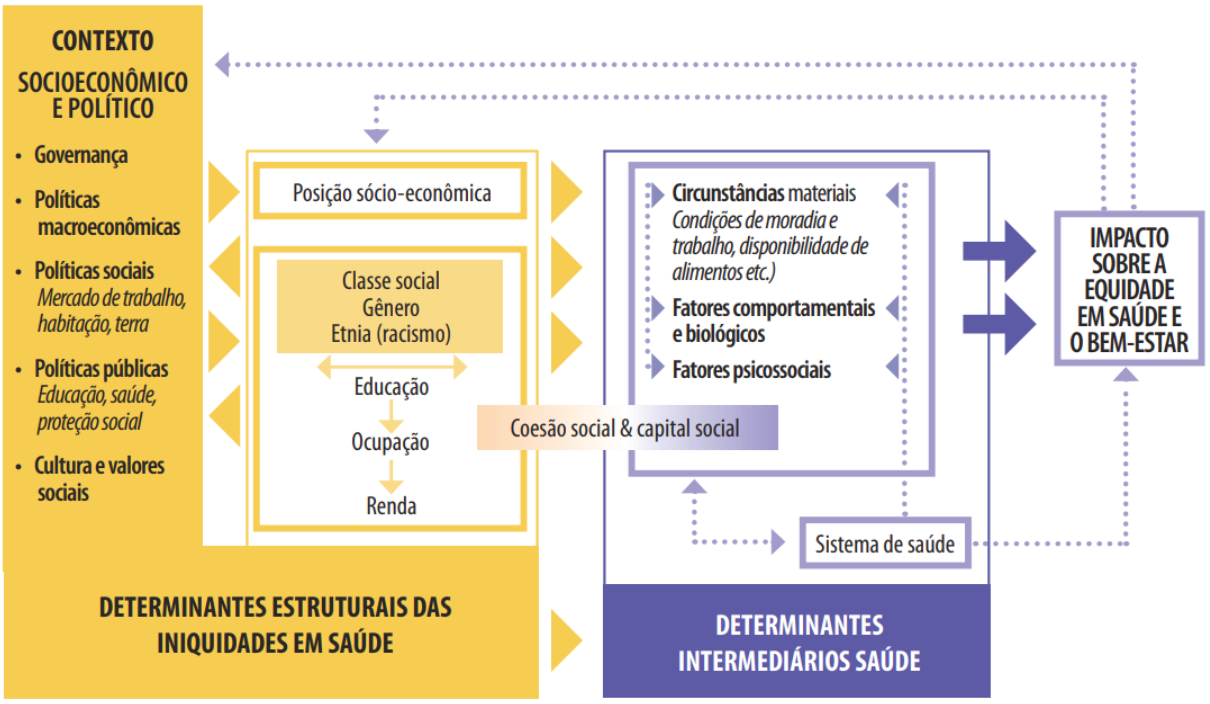
Fonte: Adaptado de Dahlgren & Whitehead (1991).

Dahlgren e Whitehead (1991) destacam, ainda, a influência de redes comunitárias e de apoio, onde a riqueza expressa o nível de coesão social, fundamental para a saúde geral da sociedade. No próximo nível, encontram-se fatores vinculados a condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais, indicando disparidades de exposição e vulnerabilidade

à saúde para pessoas em desvantagem social. Finalmente, no último nível, situam-se macrodeterminantes com grande influência sobre as camadas anteriores, relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo determinantes supranacionais como o processo de globalização.

A Organização Mundial da Saúde também conceitua os determinantes sociais da saúde a partir do modelo proposto por Solar e Irwin (Figura 1), ratificado na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011 (Organização Mundial da Saúde, 2011).

Figura 2. Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde, proposto por Solar e Irwin



Fonte: Adaptado de Solar & Irwin (2010) *apud* Garbois, Sodré & Dalbello-Araujo (2017).

Solar e Irwin (2010) propõem que os determinantes estruturais exercem influência por meio de fatores intermediários na configuração dos impactos na saúde, apontando como os mecanismos sociais, econômicos e políticos geram estratificações socioeconômicas com base em renda, educação, ocupação, gênero, raça/etnia, entre outros fatores que, por sua vez, influenciam a vulnerabilidade e a exposição a diferentes condições de saúde, chamados determinantes intermediários, refletindo a posição dos indivíduos nas hierarquias sociais.

Dentre os fatores contextuais associados à produção e perpetuação da hierarquia social, (Solar; Irwin, 2010, *apud* Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017) enfatizam:

> 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade.

Sendo assim, os determinantes intermediários compreendem elementos classificados em circunstâncias materiais (como habitação, ambiente, trabalho, qualidade do ar, acesso a alimentos e água), comportamentais (estilos de vida, consumo de tabaco, álcool e atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores e apoio social). Nesse contexto, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário, com destaque para as barreiras de acesso, enquanto que a coesão social e o capital social perpassam as dimensões estrutural e intermediária.

Em diferentes sociedades, há variações nos casos de risco, nos comportamentos ligados à saúde e no estado físico e mental, que são diferentes entre os grupos sociais. É possível observar um padrão gradual em relação às posições sociais e seus impactos na saúde, não existindo um ponto em que as discrepâncias desapareçam completamente (Barata, 2009).

As opressões e injustiças vivenciadas podem ser agravadas quando uma pessoa pertence simultaneamente a diversos grupos vulneráveis. Por exemplo, a desigualdade de gênero impacta todas as mulheres, porém as mulheres negras geralmente são mais vitimizadas do que as brancas, devido à estigmatização e opressão decorrente de sua raça, ou seja, uma interseccionalidade de gênero e cor/raça que pode acarretar em injustiça e opressão (Collins; Bilge, 2021; Sarmento, 2022).

O termo "estigma" carrega uma conotação negativa e depreciativa, representando um processo social que limita o acesso à saúde para indivíduos e

grupos afetados (Monteiro; Villela, 2013). Goffman (1981) categoriza os estigmas em três grupos: (1) deformidades físicas; (2) características de caráter individual como vícios, distúrbios mentais, encarceramento e orientação sexual; e também (3) os estigmas relacionados à raça, nacionalidade e religião.

As explicações sócio-históricas das desigualdades em saúde têm como fundamento a compreensão de que a saúde é influenciada pelo contexto social e que algumas formas de organização social são mais propícias à vida saudável do que outras. Em outras palavras, os mesmos fatores que moldam a estrutura da sociedade são responsáveis por criar desigualdades sociais e influenciar os padrões epidemiológicos de saúde e doença (Barata, 2009; Caponi, 2003; Travassos; Castro, 2012).

4.2 Desigualdades em saúde

As desigualdades sociais em saúde não são novidade, pois remontam ao século 19, quando as circunstâncias políticas e sociais decorrentes do capitalismo industrial propiciaram esse fenômeno, devido às precárias condições de vida da classe trabalhadora e aos princípios políticos inerentes às revoluções burguesas. A contradição entre os valores de igualdade, fraternidade e liberdade, e a dura realidade de vida da maioria da população nos países industrializados ofereceu aos reformadores sociais uma ampla base material para denunciar as injustiças sociais em diversas áreas, inclusive na saúde (Barata, 2009).

Para evidenciar a dimensão histórica das doenças, o foco deve estar no processo que ocorre nas coletividades humanas, não apenas nas características individuais. A natureza social da doença se manifesta na forma típica de adoecer e morrer em grupos humanos. Laurell (1982) afirma que, em sociedades com diferentes graus de desenvolvimento e organização social podem exibir distintos padrões de patologia coletiva, por isso deve-se observar as variações nos perfis patológicos ao longo do tempo, decorrentes das mudanças sociais. Além disso, dentro de uma mesma sociedade, as diferentes classes sociais podem apresentar condições de saúde variadas.

A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) afirma que “as iniquidades em saúde são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira”. Sarmento (2022) reitera que os padrões de desigualdade são antigos e estão arraigados e naturalizados na cultura, economia e política do Brasil e tem suas raízes no passado escravocrata do país, que foi o último a abolir a escravidão no ocidente, e na resistência em superar uma compreensão hierárquica das relações sociais, onde direitos e deveres são concebidos com base na posição que os indivíduos ocupam na estrutura social, visto que os brasileiros são socializados desde a infância para enxergar o mundo através de uma perspectiva social hierárquica.

A ausência de uma teoria sobre a produção da saúde e da doença em nível populacional leva a explicações simplistas das desigualdades sociais na saúde. Acredita-se inicialmente que a disparidade na mortalidade geral ou em casos específicos é resultado do acesso diferenciado aos serviços de saúde, seja devido à incapacidade individual ou às características da organização dos serviços (Barata, 2009; Souza; Silva; Silva, 2013). No entanto, essa explicação é refutada ao constatar que as desigualdades ainda persistem em países com sistemas nacionais de saúde e acesso universal, como no Canadá, Austrália e em alguns países europeus (Barata, 2009).

A maioria dos teóricos reconhecem a influência do contexto na saúde, ou seja, acreditam que o estilo de vida dos indivíduos é a principal causa das desigualdades sociais (Carvalho; Buss, 2012). No entanto, essa é uma perspectiva liberal e acaba negligenciando o impacto social do processo saúde-doença, justificando as discrepâncias percebidas como resultado das preferências individuais (Barata, 2009; Souza, 2020).

A saúde pública tradicional e a educação sanitária também se baseiam nessa crença de que os indivíduos têm liberdade para escolher suas condições de vida, trabalho, comportamentos e níveis de risco para a saúde. No entanto, estudos epidemiológicos mostram que os fatores de risco só explicam cerca de um quarto dos problemas de saúde crônicos (Barata, 2009). Portanto, embora o estilo de vida tenha importância individual, ele não é capaz de explicar completamente as desigualdades sociais.

As desigualdades sociais em saúde podem se manifestar de várias formas, tanto no processo saúde-doença como no acesso aos serviços de saúde e nos desfechos na saúde das pessoas. Essas desigualdades estão ligadas à estrutura social e refletem a desigualdade presente em cada sociedade. A relação entre o acesso aos serviços de saúde e sua utilização também reflete essa desigualdade, podendo sofrer variações dependendo do sistema de saúde de cada país. Alguns sistemas aprofundam as desigualdades existentes, enquanto outros buscam compensar, ao menos em parte, os efeitos negativos da estrutura social sobre os grupos sociais mais vulneráveis (Barata, 2009; Souza; Silva; Silva, 2013).

Travassos e Castro (2012, p. 183), apontam que as desigualdades sociais em termos de condições de saúde, no acesso e na utilização de serviços de saúde, “expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social, ou seja, iniquidades”.

As inequidades em saúde estão ligadas a inequidades sociais mais amplas, abalando o desenvolvimento humano e culminando em atraso no desenvolvimento econômico e social dos territórios, apesar de o mundo ter obtido ganhos consideráveis em saúde no último século, sua distribuição ainda é muito desigual, causando iniquidades na saúde - diferenças evitáveis e injustas no estado de saúde entre grupos de pessoas ou comunidades (Organização Mundial da Saúde, 2008, 2021).

Equidade em saúde corresponde à condição de se colocar as pessoas em primeiro lugar nas políticas e alocar recursos para que as hipossuficientes e as que enfrentam exclusão e discriminação, com base na raça, sexo, gênero, idade, classe, deficiência ou renda, alcancem melhorias de saúde e condições de vida (Islam, 2019; Organização Mundial da Saúde, 2008, 2021).

Igualdade e desigualdade são conceitos relativos a quantidades mensuráveis, enquanto que equidade e iniquidade, por outro lado, são conceitos políticos que envolvem avaliações morais relacionadas à justiça social. As iniquidades são desigualdades injustas resultantes da distribuição desigual de poder e propriedade na sociedade, muitas vezes refletidas nas desigualdades sociais em saúde. Sendo assim não há contradição em considerar que, para combater as iniquidades de

forma eficiente, é fundamental que as ações sejam embasadas na evidência científica (Barata, 2009; Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008) e estejam acompanhadas de uma mobilização e participação social, visto que a evidência e a participação se complementam e se fortalecem (Escorel; Moreira, 2012).

A intensa desigualdade presente no Brasil está diretamente ligada a aspectos fundamentais da nossa sociedade, tais como o racismo, o descaso pelos menos favorecidos, a discriminação de gênero, a exclusão das pessoas com deficiência e a LGBTfobia (Sarmento, 2022). Além disso, o modo como as pessoas vivem e o seu contexto ecológico também são afetados pelas relações econômicas, sociais e políticas, o que consequentemente influencia nos padrões de distribuição das doenças (Barata, 2009).

Pessoas negras, por exemplo, apresentam maior probabilidade de residir em áreas com infraestrutura precária de fornecimento de água e eletricidade, além de dependerem exclusivamente do serviço público de saúde, que a depender não apresenta a eficiência necessária, devido à alta demanda e ao subfinanciamento. Além disso, essas circunstâncias contribuem para uma maior chance de serem vítimas de homicídio, destacando-se o fato de que, em determinadas regiões, a média de tempo de vida dos brancos é de oito a dez anos superior à dos seus vizinhos pretos (Casa Fluminense, 2020).

Considerando a complexidade das relações de poder e dos sistemas de opressão, é necessário realizar uma abordagem interseccional, que considere a interação entre várias dimensões da identidade e como elas se manifestam na sociedade (Collins; Bilge, 2021). É por essa razão que a discussão sobre o preconceito interseccional é tão crucial no Brasil: para compreender e combater as desigualdades que afetam simultaneamente diversos grupos sociais (Baía, 2023).

4.3 A pandemia de covid-19 e os impactos na vida das mulheres

A covid-19 apresenta sinais característicos de uma gripe comum na maior parte dos casos, porém, há sinais de alerta para que a pessoa sintomática busque ajuda, como a presença de febre, cefaleia, diarreia, falta de ar, tosse, fadiga, dores no corpo, entre outros sintomas que manifestam-se tipicamente entre 2 e 14 dias após o contágio, período de incubação do vírus no organismo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020; Tsai *et al*., 2020).

Os indivíduos que correm maior risco de vida causado pela infecção por covid-19 incluem as mulheres gestantes, os doentes crônicos, indivíduos com hipertensão, diabetes, cardiopatias e pessoas com doenças pulmonares e respiratórias preexistentes. Estas condições são marcadas por um comprometimento da resposta imune e a possibilidade da intensidade da replicação viral pode causar comprometimentos em relação à saúde desses indivíduos (Allotey *et al*., 2020; Ko *et al*., 2021; Xia *et al*., 2020).

A aproximação da população e da comunidade científica foi um dos fenômenos observados durante a pandemia de covid-19, pois houve a necessidade de ressignificação de condutas e conhecimentos, já que para a prevenção e o controle da pandemia, foram necessárias alterações comportamentais em nível individual e coletivo. Muitos países elaboraram e executaram medidas que incluíram isolamento e distanciamento físico e social, suspensão de aulas e trabalhos presenciais, o que gerou estresse e ansiedade emocional, psicológica e financeira (Bernardini *et al*., 2021; Gibbs, 2020; Reimers, 2021).

A pandemia provocou alterações nas rotinas da população, notadamente no que se refere ao aumento do tempo gasto em casa, à redução da renda familiar, ao aumento do estresse, aos impactos na educação e ao crescimento do desemprego (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021). Nesse contexto, é fundamental ressaltar que esses efeitos intensificaram a situação de vulnerabilidade de diversos segmentos sociais, incluindo as mulheres. Além disso, as desigualdades existentes foram acentuadas, manifestando-se através do aumento significativo nos incidentes de violência contra as mulheres, da insegurança alimentar crescente e do aumento substancial nas responsabilidades relacionadas ao trabalho doméstico e ao cuidado

familiar (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021; International Labour Organization, 2022).

A pandemia impactou de diversas maneiras a vida das mulheres, pois além dos casos de covid-19, os impactos muitas vezes são ocasionados pelas medidas de prevenção e contenção da doença implementadas pelos entes públicos. O confinamento e o isolamento social culminaram em um aumento dos casos de violência doméstica no Brasil, pois as mulheres passaram mais tempo convivendo com seus companheiros agressores; mães solo também encontraram grande dificuldade causada pelo fechamento das creches e a suspensão das aulas nas escolas (Almeida *et al*., 2020; Boff; Barbosa, 2021; Moreira *et al*., 2020; Peres, 2020).

As disparidades de gênero foram acentuadas, especialmente para mulheres empregadas ou mães solo, uma vez que as mulheres são desproporcionalmente responsáveis pela maior parte das tarefas domésticas, incluindo cuidar de crianças e idosos (Almeida *et al*., 2020; Moreira *et al*., 2020); esse trabalho invisível, muitas vezes não reconhecido ou valorizado, adiciona uma carga significativa às mulheres, impactando sua participação plena no mercado de trabalho e destacando a necessidade de reconhecimento e redistribuição equitativa dessas responsabilidades.

A pandemia também causou um impacto significativo na segurança financeira das mulheres, especialmente aquelas que trabalham em empregos domésticos e informais. Restrições e distanciamento social prejudicaram fortemente setores de serviços, como turismo e cuidados, que têm grande presença feminina na força de trabalho. Isso levou a uma desproporcional perda de empregos para as mulheres em todo o mundo. Além disso, durante a pandemia, a disparidade salarial entre homens e mulheres aumentou globalmente (Institute for Women's Policy Research, 2022; ONU Mulheres, 2020; Armstrong, 2021).

Na América Latina e no Caribe, mais de quatro milhões de mulheres que estavam no mercado de trabalho não conseguiram retornar, uma tendência impulsionada pelos elevados níveis de empregos informais durante a pandemia,

bem como pelo aumento das responsabilidades de cuidado e assistência (International Labour Organization, 2022).

A economia do Brasil enfrentou recentemente uma das maiores recessões da sua história e sofreu um impacto significativo devido à pandemia. Várias iniciativas propostas para reverter essa situação evidenciaram o alto risco de vulnerabilidade das mulheres, que já se apresentam desproporcionalmente como a maioria dos trabalhadores desempregados no país (Telles, 2022), sabemos que historicamente as mulheres têm uma taxa de ocupação inferior à dos homens, essa disparidade se agravou. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020, 2023), a taxa de ocupação das mulheres caiu de 44,1% no quarto trimestre de 2019 para 42,5% no mesmo período de 2022. Enquanto isso, entre os homens foi observado um aumento de 55,9% para 57,5% no mesmo período, respectivamente.

A sobrecarga do trabalho doméstico e dos cuidados com crianças, idosos e familiares já era uma realidade anterior à pandemia, mas se intensificou durante a crise sanitária. Estatísticas apontam que mais da metade das mulheres rurais e pretas no Brasil perceberam um aumento significativo nas responsabilidades de cuidado durante a pandemia (Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030, 2022).

O fechamento de escolas e creches durante a pandemia obrigou muitas mulheres a abrir mão de seus empregos formais para cuidar de seus filhos. De acordo com a Central Única dos Trabalhadores (CUT), das 825,3 mil vagas de emprego fechadas em 2020, 593,6 mil eram ocupadas por mulheres, muitas das quais eram mães solo (Rocha, 2022).

As medidas de isolamento social também contribuíram para um aumento nos casos de violência contra mulheres em todo o mundo. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021), aproximadamente um terço das mulheres já experimentaram algum tipo de violência física e/ou sexual, seja no âmbito familiar, comunitário ou no local de trabalho. No Brasil, a maioria dos casos de violência contra mulheres ocorre dentro de casa, uma

situação que se agravou durante a pandemia devido ao aumento do tempo que as pessoas passaram em casa devido ao confinamento (ONU Mulheres, 2020).

Conforme o relatório "Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil" (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021), os índices de violência contra a mulher foram mais elevados entre mulheres mais jovens, atingindo 35,2% das mulheres de 16 a 24 anos e 28,6% das mulheres de 25 a 34 anos. Além disso, a violência teve maior incidência entre mulheres pretas (28,3%) e pardas (24,6%) em comparação com mulheres brancas (23,5%). Durante o isolamento social, a proximidade com agressores e o afastamento das redes de apoio, como amigos e familiares, resultaram em menos denúncias formais de violência doméstica, apesar do aumento nas agressões (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021; Souza; Farias, 2022).

Durante a pandemia, cerca de 20 milhões de mulheres nas Américas enfrentaram desafios no acesso ao controle de natalidade, seja devido à falta de serviços de saúde disponíveis ou às dificuldades socioeconômicas resultantes do período (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021). No Brasil, as gestantes sofreram impactos significativos na saúde, com ênfase na testagem, pré-natal, presença de acompanhantes e na minimização da internação hospitalar para reduzir o risco de exposição ao coronavírus (Rondelli *et al*., 2020; Souza *et al*., 2020).

Antes mesmo da pandemia, as disparidades na saúde materna das mulheres negras eram evidentes, refletindo-se em desvantagens socioeconômicas, acesso limitado a cuidados pré-natais e durante o parto (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018). Durante a pandemia, tornou-se evidente que por trás de episódios de violência de gênero, dificuldades durante a gravidez, parto e pós-parto, e exposição ao racismo institucional nos serviços de saúde, demonstra uma falha do Estado em proporcionar uma educação adequada sobre sexualidade e planejamento reprodutivo para mulheres, independentemente de idade, classe social, raça/etnia, número de filhos ou situação conjugal (Brandão; Cabral, 2021).

Gestantes, puérperas, mulheres que sofreram aborto espontâneo e mulheres que sofreram violência doméstica ficaram mais propensas a desenvolver problemas de saúde mental durante a pandemia. A assistência, o acesso à informação e a

promoção do cuidado adequado por parte do Estado para esses grupos de mulheres poderia levar à prevenção, detecção precoce e intervenção imediata (Almeida *et al*., 2020; Boff; Barbosa, 2021).

A pandemia gerou ainda grande estresse e ansiedade para gestantes e puérperas de todo o mundo, gerando ainda efeitos colaterais e complicações como pré-eclâmpsia, depressão, aumento de náuseas e vômitos, trabalho de parto prematuro, comprometimentos na vitalidade e baixo peso ao nascer do bebê, acarretando em impactos na saúde das mulheres e seus direitos reprodutivos (Almeida *et al*., 2020; Furlan *et al*., 2020; Sentilhes *et al*., 2020).

Mulheres que trabalham em profissões nas áreas da saúde e educação enfrentaram maior exposição ao vírus, o que gerou um aumento das chances de contrair a doença (Nordhues *et al*., 2021). Além disso, as mulheres diagnosticadas com covid-19 têm maior probabilidade de desenvolver sequelas crônicas, como a síndrome da covid longa, em comparação com os homens (Sylvester *et al*., 2022).

Diante do exposto pode-se notar que a desigualdade de gênero implica em impactos significativos nos diagnósticos e resultados de saúde das mulheres, e analisar como os processos de produção de desigualdades afetam a saúde, através da lente da interseccionalidade e em conjunto com a ideia de justiça reprodutiva, oferece uma abordagem poderosa para conceber e promover intervenções que estejam comprometidas com a expansão dos direitos humanos e a busca por equidade social (Brandão; Cabral, 2021).

A pandemia exacerbou a vulnerabilidade das mulheres devido a desemprego, sobrecarga nos cuidados, aumento da violência doméstica e dificuldades no acesso a serviços de saúde. As mais afetadas foram as mulheres negras e de baixa renda. Portanto, a avaliação dos impactos sociais da covid-19 deve ser analisada levando em conta gênero, raça e classe pois, através da abordagem interseccional, pode-se analisar como desigualdade é estruturalmente racializada e norteada por gênero para as mulheres pretas e pardas.

Nesse contexto, pesquisadores precisam dar preferência a abordagens teórico-metodológicas que abordem de forma abrangente e compreensiva múltiplos sistemas de opressão, especialmente no enfrentamento do aumento das

desigualdades causadas pela pandemia. Brandão e Cabral (2021) afirmam que não é suficiente simplesmente reunir indicadores para avaliar os níveis de desigualdade; é crucial compreender como essas condições sociais de exclusão são continuamente geradas e entrelaçadas nas dinâmicas cotidianas que classificam certos grupos como vulneráveis e incapazes de exercer autonomia na gestão de suas vidas.

4.4 Interseccionalidade

A crítica à visão universalista sobre os sujeitos sociais, o espaço e o movimento enfatiza a importância de estabelecer conexões com outros marcadores sociais, como raça, gênero, classe social, sexualidade, território e dinâmica social e econômica. Isso significa que a análise e intervenção nos fenômenos relacionados à disseminação do coronavírus vão além da identificação do vírus e do controle de sua propagação. A abordagem da covid-19 em diversos contextos e espaços, especialmente em cenários de profunda desigualdade socio-sanitária, revela a complexidade do fenômeno pandêmico, desde sua dimensão macro-social até as nuances micro-políticas que moldam as formas e estratégias do cotidiano (Matta *et al*., 2021).

O conceito de interseccionalidade, cunhado pela norte-americana Kimberlé Crenshaw, em seu artigo “Desmarginalizando a interseção de raça e sexo: uma crítica feminista negra de doutrina antidiscriminatória, teoria feminista e política antirracista”[4] (tradução livre), onde a autora compara a experiência multidimensional em detrimento de análises unidimensionais, que culminam na distorção das experiências das mulheres negras (Crenshaw, 1989).

Crenshaw (1989) faz uso da analogia do trânsito para descrever a interseccionalidade. Nesta lógica, a discriminação e a opressão são como o tráfego em uma interseção (cruzamento, confluência, convergência), podendo fluir em um sentido ou vários. Desta forma, se um acidente que ocorre em uma determinada interseção, pode ter sido causado pelo fluxo de veículos trafegando em um sentido específico ou até mesmo em todos os sentidos ao mesmo tempo.

[4] Título original em língua inglesa: *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics* (Crenshaw, 1989).

A experiência interseccional, segundo Crenshaw (1989), é muito maior do que o racismo e o sexismo, e qualquer análise que não considere a interseccionalidade não é capaz de abordar com precisão a experiência das mulheres quando se trata de opressão, especialmente das mulheres negras. Entretanto Collins e Bilge (2021, p. 15) afirmam, numa perspectiva mais abrangente, que a interseccionalidade é "uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas".

Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (2021, p. 15), definem interseccionalidade como a investigação de "como relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana". Além disso, a interseccionalidade, quando empregada como instrumento analítico, "considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são interrelacionadas e moldam-se mutuamente".

Florencia Luna (2009) utiliza o conceito de camadas de vulnerabilidade, afirmando que, depois de identificarmos as diferentes camadas de vulnerabilidade que as mulheres sofrem, podemos pensar em várias formas de evitar ou minimizar essas camadas. Conceber a vulnerabilidade desta forma em camadas leva a múltiplas abordagens, cada uma abordando diferentes camadas de vulnerabilidade.

Luna (2009) também aponta para o fato que, quando uma pesquisa é realizada com mulheres em idade reprodutiva em condições de risco, elas constituem um grupo vulnerável. Contudo, compreender a vulnerabilidade como um mero rótulo não nos ajuda a reconhecer, identificar e avaliar as experiências de vida das pessoas consideradas vulneráveis, por isso devemos trabalhar através da noção de vulnerabilidade em camadas, tentando identificar e distinguir as diferentes camadas de vulnerabilidade que estas mulheres podem sofrer.

Essas abordagens também dialogam com Durkheim (2016), que afirma que a sociedade não pode ser reduzida à simples soma de indivíduos, mas é, em si, um sistema composto por associações, formando uma realidade composta por características distintas. Durkheim (2020) também enfatiza que o aspecto

fundamental dos fenômenos sociais reside na circunstância de que certos eventos estão além da consciência individual de cada membro da sociedade.

Considerando que as desigualdades não afetam todos os grupos de maneira uniforme, a interseccionalidade pode ser aplicada como um instrumento analítico para abordar a complexidade das crescentes desigualdades e das diferentes experiências vivenciadas por diversos grupos sociais e direcionada para os diversos aspectos do aumento das desigualdades globais. Collins e Bilge (2021, p. 33) afirmam que “a desigualdade social não se aplica igualmente a mulheres, crianças, pessoas de cor, pessoas com capacidades diferentes, pessoas trans, [...] e grupos indígenas”. Portanto a interseccionalidade permite uma visão integralizada dos grupos sociais, ao invés de uma visão homogênea e unidimensional ao permitir um sistema de interseção entre disparidades sociais e econômicas como mensuração das desigualdades sociais.

Essa abordagem interseccional das desigualdades permite uma visão mais ampla em relação à saúde, emprego, segurança, renda, riqueza, etc. Collins e Bilge (2021) afirmam que disparidades em termos de renda, estabilidade no emprego, benefícios de aposentadoria, cuidados de saúde e estruturas salariais no mercado de trabalho afetam os diversos grupos sociais de forma desigual, exemplo disso é o fato de que pessoas negras, mulheres, pessoas que residem em áreas rurais, pessoas jovens e pessoas com deficiência encontram obstáculos na esfera do trabalho com maior intensidade.

A relação das mulheres negras com o mercado de trabalho é uma experiência antiga de interseccionalidade. De acordo com Baía (2023), mulheres negras enfrentam a discriminação de gênero e racial, convertendo-se em uma série de barreiras para sua inserção e evolução profissional, além de serem frequentemente afetadas pela precariedade das condições de trabalho, colocando-as em maior risco de vulnerabilidade.

O interesse pela interseccionalidade, embora sem menção direta do termo, aparece na Declaração de Pequim, adotada na 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres (Organização das Nações Unidas, 1995), apelando para que os governos de todo o mundo

> intensifiquem os esforços para garantir o gozo igual de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as mulheres e meninas que enfrentam múltiplas barreiras a seu empoderamento e seu progresso devido a fatores como raça, idade, idioma, etnia, cultura, religião, deficiência, ou porque são indígenas.

Todavia, a abordagem interseccional da discriminação é descrita no artigo 119 da Declaração do Fórum das Organizações não-governamentais (ONGs) na 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres (Organização das Nações Unidas, 1995), reconhecendo que

> [...] toda pessoa, homem ou mulher, existe em um quadro de múltiplas identidades, com fatores como raça, classe, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, idade, deficiência, cidadania, identidade nacional, contexto geopolítico, saúde, incluindo o status soropositivo e qualquer outro, que são determinantes para suas experiências com racismo [...], xenofobia e intolerâncias relacionadas. A abordagem interseccional destaca a maneira como se dá a interação simultânea da discriminação como resultado de múltiplas identidades.

Estudiosos da promoção da saúde enfatizam a importância de compreender como os comportamentos relacionados à saúde são moldados pelos sistemas sociais e culturais. A necessidade é destacada para pesquisadores e profissionais da saúde adotarem novas teorias sociais que vão além da mudança de comportamento individual, buscando criar espaços para que as pessoas possam contextualizar suas ações dentro de amplos contextos sociais, culturais e políticos. Isso implica explorar abordagens que valorizem os pontos fortes individuais em vez de apenas se concentrar na mudança comportamental coletiva (Blue *et al*., 2014; Corbin, 2016).

Sendo assim, é necessário uma teoria útil para a compreensão e abordagem das desigualdades, como a interseccionalidade, que vem se tornando uma ferramenta analítica relevante no campo da saúde, com ênfase na importância de abordagens locais e diferenciadas que considerem o público-alvo em profundidade e reconhecem, conjuntamente, a diversidade dentro de um grupo (Heard *et al*., 2019).

De acordo com Collins e Bilge (2021), a coordenação das estruturas interseccionais na prática clínica e nas políticas públicas é um dos desafios da saúde pública. Segundo Schulz e Mullings (2006 *apud* Collins; Bilge, 2021), a saúde pública é um campo que está cada vez mais interessado na aplicação da interseccionalidade para entender as complexas desigualdades sociais e sua influência nas dinâmicas de saúde e doença.

As preocupações relacionadas à autonomia sexual, gravidez, gestação e criação de filhos costumam recair, frequentemente, sobre mulheres e meninas, que desempenham um papel central em diversas iniciativas de justiça reprodutiva em vários contextos nacionais (Collins; Bilge, 2021). Collins e Bilge (2021, p. 137) ressaltam ainda que, “essas diferenças estão diretamente relacionadas ao modo como raça, classe, gênero, sexualidade, capacidade e idade afetam direitos e serviços e as supostas obrigações das mulheres”.

Pessoas em situação de pobreza, mulheres pertencentes a minorias étnicas e outros grupos marginalizados frequentemente residem em territórios com acesso limitado a serviços de saúde, resultando em problemas acentuados na saúde reprodutiva, o que acarreta em taxas elevadas de mortalidade materna e infantil, restrições no acesso à contracepção e dificuldades em obter assistência médica, afetando notadamente as mulheres (Collins; Bilge, 2021).

O acesso aos serviços de saúde e as normas culturais dos países também são, de certa forma, resultantes dos impactos dos processos de escravidão, colonialismo e imperialismo relacionados a reprodução nos Estados-nação, que não apenas possuem trajetórias distintas, seja no campo da social-democracia, do neoliberalismo ou do populismo de extrema direita, como alimentam percepções culturais variadas acerca de gênero, feminilidade, masculinidade e sobre o status de mulher e menina. Sendo assim, a interseccionalidade fornece um conjunto relevante de dispositivos conceituais para investigar o poder do Estado, as políticas públicas e os desfechos de saúde (Collins; Bilge, 2021).

Posto isto, a abordagem de gênero, somada à valiosa contribuição dos estudos interseccionais, que consideram a dominação em contextos pós-coloniais, onde a subordinação racial desempenha um papel fundamental em nossas relações

sociais, possibilita uma compreensão mais profunda das desigualdades sociais e da violência estrutural que afeta pessoas negras desde a infância, durante seu processo de socialização (Brandão; Cabral, 2021).

4.5 Raça, cor e racismo no Brasil

O Brasil possui uma história permeada pela escravidão de pessoas africanas e seus descendentes, deixando um legado profundo que ainda reflete na sociedade atual. O racismo se destaca como um desafio preponderante que permeia a cultura, política e economia do país, perdurando ao longo do tempo (Baía, 2023).

A trajetória do racismo no Brasil é extensa e está complexamente entrelaçada com a própria estrutura da sociedade brasileira, fundamentada na exploração da mão de obra escrava, especialmente de africanos e seus descendentes, que foram trazidos ao Brasil durante o período colonial para desempenhar funções nas plantações de cana-de-açúcar, café, algodão e outros cultivos agrícolas (Baía, 2023; Nascimento, 2016).

Segundo Nascimento (2016, p. 59), “[...] o africano escravizado construiu as fundações da nova sociedade com a flexão e a quebra da sua espinha dorsal, quando ao mesmo tempo seu trabalho significava a própria espinha dorsal daquela colônia”, cultivando, nutrindo e colhendo a prosperidade econômica da nação para o privilégio exclusivo da elite branca.

O tratamento negligente e os abusos infligidos aos escravizados resultaram em uma alarmante taxa de mortalidade infantil dessa população. A disponibilidade abundante de novos cativos significava que as classes dominantes não investiam tempo nem recursos na saúde das pessoas escravizadas. Muitos negros e mulatos sacrificaram suas vidas na luta contra a opressão portuguesa. Entretanto, mesmo após a independência do Brasil, em 1822, o país continuou a praticar a escravidão africana (Nascimento, 2016).

A “importação” de africanos tinha como motivo primordial a exploração econômica visando ao lucro. As pessoas escravizadas, frequentemente consideradas subumanas ou desumanizadas, eram relegadas a um papel na sociedade que se limitava à sua função na economia, ou seja, apenas mão de obra.

Isso implicava que os africanos escravizados eram desprovidos de qualquer consideração como seres humanos em relação à preservação da família. A proporção de homens para mulheres entre os escravizados também era desigual e as escassas mulheres que existiam enfrentavam automaticamente obstáculos para estabelecer uma estrutura familiar estável (Caxilé; Vasconcelos, 2018; Nascimento, 2016).

O Brasil herdou da colonização portuguesa uma estrutura familiar patriarcal, e o custo dessa herança recaiu sobre as mulheres negras, não apenas no período da escravidão, mas também até os dias atuais. A mulher negra, frequentemente em situação de pobreza e desamparo social, permanece vulnerável a agressões sexuais por parte dos brancos. Essa realidade desafia a ideia prevalente de que a formação do Brasil se deu de maneira integrativa, livre de preconceitos, revelando que tanto portugueses quanto brasileiros brancos não estavam isentos de atitudes racistas. Isso desmistifica a noção de que a ausência de preconceito permitiu relações saudáveis com as mulheres negras (Nascimento, 2016).

As desigualdades nos Índices de Desenvolvimento Humano entre indivíduos brancos e negros no Brasil demonstram que aqueles que se identificam como brancos têm indicadores socioeconômicos, como renda, expectativa de vida e educação, que se equiparam aos padrões de desenvolvimento humano observados em países desenvolvidos. Enquanto isso, o grupo autodeclarado como negro (incluindo pretos e pardos) apresenta índices de desenvolvimento humano inferiores aos de várias nações em desenvolvimento (Carneiro, 2011).

Sendo assim, para abordar o conceito de raça, apontamos para uma construção social histórica que se apoiou em atributos físicos, como cor de pele, textura capilar e traços faciais, como exemplos. Esses atributos serviram como base para a categorização das pessoas em grupos sociais diversos, desencadeando disparidades e atos discriminatórios (Baía, 2023). Em sua obra, “O Genocídio do Negro Brasileiro”, Abdias Nascimento (2016, p. 48) afirma que

> [...] Um brasileiro é designado *preto, negro, moreno, mulato, crioulo, pardo, mestiço, cabra* – ou qualquer outro eufemismo; e o que todo o mundo compreende imediatamente, sem possibilidade de dúvidas, é que se trata de um *homem-de-cor*, isto é, aquele assim chamado descende de africanos escravizados. Trata-se, portanto, de um *negro*, não importa a gradação da cor da sua pele.

Um dos aspectos mais notáveis da nossa sociedade é a aceitação da ausência de identidade racial ou da confusão racial prevalente como algo inerente à nossa natureza. Às vezes, essa falta de clareza racial é atribuída à extensa miscigenação que ocorreu aqui, como se nossa incapacidade de nos autodefinir racialmente fosse uma parte essencial de quem somos. Parece que a indefinição está profundamente enraizada em nossa essência. Somos percebidos como seres transgênicos que escapam de qualquer categoria racial ou étnica conhecida, desafiando qualquer atributo utilizado em outros lugares devido à nossa singularidade (Carneiro, 2011).

Não se pode negligenciar ainda o mito da “democracia racial”, ou seja, a visão de que pessoas de diferentes origens raciais ou étnicas convivem harmoniosamente, desfrutando de oportunidades igualitárias na sociedade, sem que suas respectivas raças ou etnias interfiram nesse equilíbrio social. Trata-se de um conceito ilógico, já que a situação dos afro-brasileiros é marcada por discriminações tão persistentes que, mesmo em regiões onde compõem a maioria da população, as pessoas pretas e pardas continuam a ser minorias em termos econômicos, culturais e políticos (Nascimento, 2016).

Há também a falácia de que a resistência de elementos culturais africanos na sociedade brasileira teria surgido de uma suposta relação saudável e harmônica entre escravizados e escravocatas, ou seja, as influências musicais, gastronômicas, religiosas e linguísticas de origem africana, componentes integrais da cultura brasileira, são consideradas como evidências da ausência de preconceito e discriminação racial por parte dos brasileiros autodenominados “brancos” (Nascimento, 2016).

Outra consequência da escravidão foi a promoção do racismo científico no século 19, uma ideologia que tentou justificar a divisão da humanidade em diferentes raças e estabelecer uma hierarquia entre elas, alegando que algumas eram naturalmente superiores enquanto outras eram consideradas naturalmente inferiores. Essas concepções equivocadas deram origem às desigualdades sociais amplamente reconhecidas que têm sido discutidas e divulgadas nos últimos anos no Brasil (Carneiro, 2011).

Costa afirma em 1974, que, no Brasil, a cor é considerada traço determinante de hierarquização social, fato este que dialoga com Frantz Fanon (2008), quando afirma que as hierarquias raciais se originam de um conjunto de teorias caracterizadas pelo determinismo biológico que predominaram nos séculos 19 e 20 com objetivo de sustentar a supremacia dos brancos sobre as pessoas negras.

A relação entre cor/raça e classe social no Brasil é evidente, refletindo-se na discriminação racial. A população negra, predominantemente situada nas camadas mais baixas da sociedade, enfrenta iniquidades em diversas áreas, como acesso ao emprego, educação e moradia, além de ser alvo de violência física e psicológica. Essa discriminação, baseada na cor da pele, aparência e origem étnica, representa um problema estrutural que impacta negativamente a qualidade de vida das pessoas de descendência negra e parda (Baía, 2023).

Os pardos surgiram como um grupo de cor posteriormente definido com base em dois critérios de resposta no censo de 1940. Algumas das respostas relacionadas aos pardos foram fornecidas pelos próprios declarantes, enquanto outras foram inferidas pelos recenseadores do IBGE, que utilizavam os seguintes critérios:

> 1) os não declarantes eram incluídos no grupo de pardos porque “em muitos casos, [havia] uma reserva à declaração expressa da mestiçagem”. Ou seja, eram pardos, mas não desejavam explicitar o componente preto de sua condição racial, tanto quanto, ao que parece, não explicitavam o componente branco; 2) quando o declarante não se situava em nenhuma das três cores propostas, o coletor lançava um traço no espaço destinado ao quesito cor e, a partir desta referência, criou-se uma categoria de pardos. Esta categoria foi a soma das declarações não convencionadas no Censo (branca, preta e amarela) e das possíveis “inferências” realizadas pelo coletor do Censo (nos casos interpretados como “reserva à declaração expressa de mestiçagem”) (Carone; Bento, 2014, p. 102).

No Brasil, a miscigenação muitas vezes é vista como uma maneira de escapar do estigma da negritude, incentivando pessoas de ascendência negra a se identificarem como pardo ou branco para buscar promoção social. O termo "pardo" abrange uma ampla gama de características étnicas, refletindo a complexidade da identidade racial no país. Essa categorização, frequentemente utilizada por indivíduos cuja identidade é desafiada pelo racismo, cria uma zona cinzenta onde podem se refugiar e esquecer uma origem frequentemente negada. Essas distinções contribuem para fragmentar a identidade negra, dificultando a coesão política na

busca pela igualdade racial. Apesar das diferenças percebidas, pretos e pardos compartilham condições de vida semelhantes e precárias em comparação com o grupo branco, reforçando a importância da categoria negra na luta política e sociológica pela igualdade racial (Carneiro, 2011).

Desta forma, compreendemos que as interseções entre gênero, raça, classe social e outros determinantes, se manifestam em assimetrias no acesso a serviços essenciais, educação, desigualdades e também revela barreiras no acesso aos cuidados de saúde, gerando também impactos no desenvolvimento humano, social e também econômico.

4.6 Saúde e desenvolvimento

O conceito de desenvolvimento, segundo Celso Furtado (1984), envolve um processo de construção cultural que nos capacita a perceber o ser humano como um agente capaz de moldar e transformar o mundo. O desenvolvimento também é caracterizado por um processo de transformação estrutural em que a introdução de inovações modifica a base de produção e tecnologia para atender às crescentes demandas da sociedade.

Já o desenvolvimento local, de acordo com Vicente Fideles de Ávila *et al*., (2001) possui como elemento central o florescimento real das capacidades, competências e habilidades de uma comunidade específica. Isso ocorre quando as amarras que mantêm as pessoas em suas situações atuais são rompidas. Essa comunidade compartilha interesses comuns e está situada em uma área geograficamente delimitada, com uma identidade social histórica.

O desenvolvimento local envolve a colaboração ativa de agentes internos e externos, favorecendo o fortalecimento da cultura da solidariedade e gradualmente se torna capaz de orientar seu próprio destino. Isso inclui tomar decisões, agir, avaliar e controlar o uso de seus recursos internos, bem como o aproveitamento de investimentos externos, com o objetivo de resolver uma ampla gama de problemas, necessidades e aspirações que afetam diretamente sua vida cotidiana (Ávila *et al*., 2001).

Ávila (2005) afirma que o desenvolvimento local é, ao mesmo tempo, democratizante, democratizador, integrante e também integrador, e não se refere a um desenvolvimento descentralizado, mas sim um desenvolvimento centrado na comunidade, em cada localidade e em cada coletividade.

É importante destacar que a implementação bem-sucedida dessas abordagens depende de um comprometimento contínuo e de recursos adequados por parte do Estado e da sociedade civil, além de uma abordagem inclusiva e participativa que respeite a diversidade das comunidades envolvidas (Ávila, 2005) pois, de acordo com o economista Ladislau Dowbor (2001), uma das maiores vantagens do desenvolvimento local reside no fato de possibilitar a adaptação das ações às condições altamente diversificadas enfrentadas pelas diferentes populações.

Sabemos que muitas situações e desigualdades enfrentadas comumente pela sociedade são resultantes de uma complexa rede de causas interdependentes, não se limitando a um único problema. Elas se manifestam como sistemas integrados, com os quais nossas sociedades se acostumaram a conviver. Portanto, é fundamental promover políticas que reconheçam efetivamente a interconexão entre esses problemas. Isso implica que o processo deve ser liderado pelas comunidades diretamente afetadas, enquanto o nível de decisão nacional estabelece metas gerais para setores como saúde, educação, entre outros, e fornece recursos, a implementação deve ocorrer de maneira local e integrada (Dowbor, 1998).

Sendo assim, as políticas no âmbito da saúde devem alinhar as dinâmicas de poder com suas propostas, já que, frequentemente, os atores sociais envolvidos em áreas de reprodução social se agarram a vantagens conquistadas, mesmo cientes de que o sistema como um todo sofre. Portanto, é vital estabelecer instâncias organizadas de usuários de serviços no nível municipal para contrabalançar os interesses organizados em nível nacional (Dowbor, 1998; Lima *et al*., 2012).

Isso não implica simplificar a saúde apenas em suas dimensões locais. A gestão de hospitais regionais e centrais, a pesquisa na área e a regulamentação nacional e internacional dos medicamentos permanecem importantes. No entanto, é crucial compreender que, sem uma base sólida de organização na sociedade, as

esferas superiores tendem a priorizar o lucro, o corporativismo e o curto prazo, o que agrava a situação da saúde nacional (Dowbor, 1998).

A saúde possui o potencial de se tornar um impulso para o desenvolvimento socialmente inclusivo do Brasil , abordando desafios econômicos e sociais (Gadelha; Maldonado, 2012). Enquanto no passado os setores do aço, petróleo e automóveis eram dominantes, o complexo econômico-industrial da saúde pode ser considerado uma estratégia para a recuperação do país e a superação de problemas de regressão social (Batista; Pinha, 2021). As transformações sociais contemporâneas também têm um impacto significativo no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde. A disseminação generalizada das tecnologias da quarta revolução industrial possibilita novas abordagens interdisciplinares na geração de conhecimento, focadas nos desafios da saúde e da sustentabilidade (Batista; Pinha, 2021).

Considerando essa perspectiva, o desafio principal é adotar uma abordagem que reconheça a conexão entre os modelos de produção, sociedade e meio ambiente, através do fortalecimento da saúde pública, que pode impulsionar as energias necessárias para construir um Estado de Bem-estar Social no Brasil. Caso contrário, a falta de transformações na produção e na inovação tecnológica manterá os direitos de cidadania restritos a uma minoria privilegiada. Ademais, alicerçar-se na ciência e tecnologia e alcançar autonomia econômica são cruciais para garantir direitos fundamentais, fato que ficou claro durante a pandemia de covid-19 (Batista; Pinha, 2021; Gadelha; Maldonado, 2012).

5 INTERSECCIONALIDADE NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE COVID-19 E SAÚDE MATERNA

RESUMO

O objetivo deste artigo consiste em analisar a produção científica e identificar, por meio de uma análise bibliométrica, se os estudos publicados abordam resultados relacionados às categorias de cor/raça/etnia, classe social e faixa etária no contexto da covid-19 durante a gravidez. Esta pesquisa é uma revisão bibliográfica descritiva, adotando uma abordagem quantitativa, e se baseou em uma análise bibliométrica que envolveu cinco etapas: definição do objetivo da pesquisa, elaboração do protocolo da pesquisa, coleta dos dados, análise dos dados e síntese dos resultados. Foram identificados 212 artigos relacionados ao tema, com os anos de maior publicação sendo em 2021 e 2022. A maioria das publicações concentra-se nos aspectos fisiopatológicos da covid-19, com ênfase em disciplinas da área de saúde, incluindo obstetrícia, infectologia, pneumologia e patologia. No entanto, a revisão bibliométrica revela que, apesar do grande volume de estudos interdisciplinares e relevantes sobre o tema, poucos pesquisadores abordaram a interseccionalidade dos marcadores sociais ao analisar a morbidade e a mortalidade materna decorrentes da covid-19.

Palavras-chave: covid-19; Gestação; Interseccionalidade.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze scientific production and identify, through a bibliometric analysis, whether the published studies address results related to categories such as color/race/ethnicity, social class, and age in the context of covid-19 during pregnancy. This research is a descriptive bibliographic review, adopting a quantitative approach, and was based on a bibliometric analysis involving five stages: defining the research objective, developing the research protocol, data collection, data analysis, and synthesis of results. A total of 212 articles related to the subject were identified, with the years 2021 and 2022 having the highest publication volume. Most publications focus on the physiopathological aspects of covid-19, with particular emphasis on health-related disciplines, including obstetrics, infectious diseases, pulmonology, and pathology. However, the bibliometric review reveals that, despite the large volume of interdisciplinary and relevant studies on the topic, few researchers have addressed the intersectionality of social markers when analyzing maternal morbidity and mortality resulting from covid-19.

Keywords: covid-19; Pregnancy; Intersectionality.

5.1 Introdução

O coronavírus, descrito inicialmente em 1965, possui um formato microscópico que se assemelha a uma coroa e pode causar doenças respiratórias e os sintomas variam desde um resfriado comum até uma pneumonia fatal. Existem sete variáveis de coronavírus humanos (HcoVs), entre eles o SARS-CoV, que causa síndrome respiratória aguda grave (SRAG), e o SARS-CoV-2, que causa a doença covid-19 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Os desafios evidenciados pela pandemia vão além da esfera sanitária. Englobam aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, éticos e científicos, agravados consideravelmente pelas desigualdades estruturais e disparidades entre países, regiões e populações (Matta *et al*., 2021). Neste cenário, é crucial examinar de maneira aprofundada tanto o acesso à saúde quanto a interseccionalidade. Destaca-se a necessidade de pesquisas que investiguem minuciosamente essas questões. Ao analisar essas inter-relações, os estudos têm o potencial de enriquecer as políticas de saúde, tornando-as mais informadas, sensíveis às disparidades e aptas a lidar com as complexidades das interações entre diversos fatores sociais na saúde durante o contexto pandêmico.

Além das desigualdades no acesso à saúde, vacinas, educação e no mercado de trabalho, a pandemia também acentuou os desafios enfrentados por mulheres e meninas, especialmente negras, incluindo sobrecarga de trabalho doméstico, abusos, violência doméstica, assédio online, e óbitos maternos. O gênero tornou-se outra variável importante, juntamente com a raça, para entender o impacto interseccional da pandemia (Bertolozzi *et al*., 2021).

A interseccionalidade emerge como um significativo referencial interpretativo para abordar como fatores como classe, raça, sexualidade, deficiência, idade, religião, etnia e status de cidadania impactam o acesso a informações e serviços de saúde. Além disso, considerando que as questões relacionadas à autonomia sexual, gravidez, gestação e criação de filhos tendem a recair com maior frequência sobre mulheres e meninas, este grupo está na vanguarda de várias iniciativas voltadas para a justiça reprodutiva em contextos nacionais diversos (Collins; Bilge, 2021).

O aumento do risco da infecção causada pela covid-19 para gestantes pode ser explicado pelas mudanças anatômicas e fisiológicas que ocorrem durante a gravidez em vários sistemas, como o cardiovascular, respiratório e imunológico, tornando as gestantes mais suscetíveis a infecções virais respiratórias (Schwartz; Dhaliwal, 2020).

A elevada taxa de mortalidade em gestantes no Brasil é atribuída, em grande parte, a questões crônicas relacionadas à assistência à saúde da mulher no país, incluindo recursos limitados, qualidade insuficiente na atenção pré-natal, inadequação na quantidade de leitos em relação à demanda, barreiras no acesso aos serviços, desigualdades raciais e episódios de violência obstétrica (Takemoto *et al*., 2020a).

Mesmo entre mulheres grávidas saudáveis, sem doenças pré-existentes identificadas, a covid-19 pode evoluir para morbidade materna grave e morte materna. No Brasil, a covid-19 tem sido associada ao aumento das mortes maternas, e uma proporção substancial das mortes ocorreram devido à falta de acesso à cuidados intensivos ou suporte respiratório, o que sugere atrasos na prestação de assistência médica (Nomura *et al*., 2021).

Desta forma, o objetivo desta pesquisa é analisar a produção científica e identificar, a partir de uma análise bibliométrica, se os estudos publicados apresentam resultados referentes às categorias de cor/raça/etnia, classe social, e faixa etária sobre a covid-19 no período gestacional.

5.2 Métodos

Pesquisa bibliográfica, descritiva, de abordagem quantitativa, a partir de análise bibliométrica. A bibliometria permite avaliar tendências de crescimento da produção, publicação, autoria e uso sobre determinada temática pesquisada em diversas áreas do saber (Fonseca, 1986).

O estudo seguiu cinco etapas: definição do objetivo da pesquisa, protocolo da pesquisa, coleta dos dados, análise dos dados e síntese dos resultados. A delimitação do tema e do objetivo da pesquisa, apresentados na introdução, compreendeu a primeira etapa deste estudo. Na segunda etapa, foi definido o

protocolo da pesquisa, ou seja, a escolha da base de dados, as palavras-chave e a estratégia de busca. A busca foi realizada na base de dados *Web of Science*™, utilizando as palavras-chave, em língua inglesa, "covid-19", "*pregnancy*" e "*Brazil*" e empregando o termo booleano *AND* entre os descritores. Sendo assim, a estratégia de busca utilizada na plataforma foi: "covid-19 *AND pregnancy AND Brazil*".

A terceira etapa, coleta dos dados, foi caracterizada pela inclusão de todas as publicações indexadas no período de 1º de janeiro de 2020 a 8 de maio de 2023. Não houve exclusão de documentos. Ainda nesta fase foi produzido o banco de dados, gerado pela própria plataforma contendo os metadados dos resultados apresentados em um arquivo de texto (.txt).

Na quarta etapa, análise dos dados, foi utilizado o software RStudio® na versão 0.3.0. Para subsequente análise bibliométrica, houve a instalação do pacote bibliometrix[5], em seguida foi utilizado o aplicativo biblioshiny[6], que apresenta um aplicativo com interface gráfica em um navegador web externo, que solicita o upload do arquivo de texto, permitindo a visualização gráfica dos dados coletados para análise, incluindo a quantidade total de publicações por ano, nome e origem dos autores, métricas de autoria, fontes dos periódicos, além das métricas de palavras-chave, frequência dos termos mais utilizados no título e no resumo dos artigos, entre outras possibilidades.

A última etapa da análise bibliométrica consistiu na utilização das figuras e tabelas geradas pelos pacotes supracitados para apresentação dos resultados obtidos. As categorias analisadas foram: autoria, colaboração, co-ocorrência de palavras-chave, artigos mais citados e termos mais utilizados.

Devido à grande quantidade de documentos encontrados, optamos por apresentar apenas os quinze artigos mais relevantes, ou seja, os estudos com maiores quantidades de citações.

---

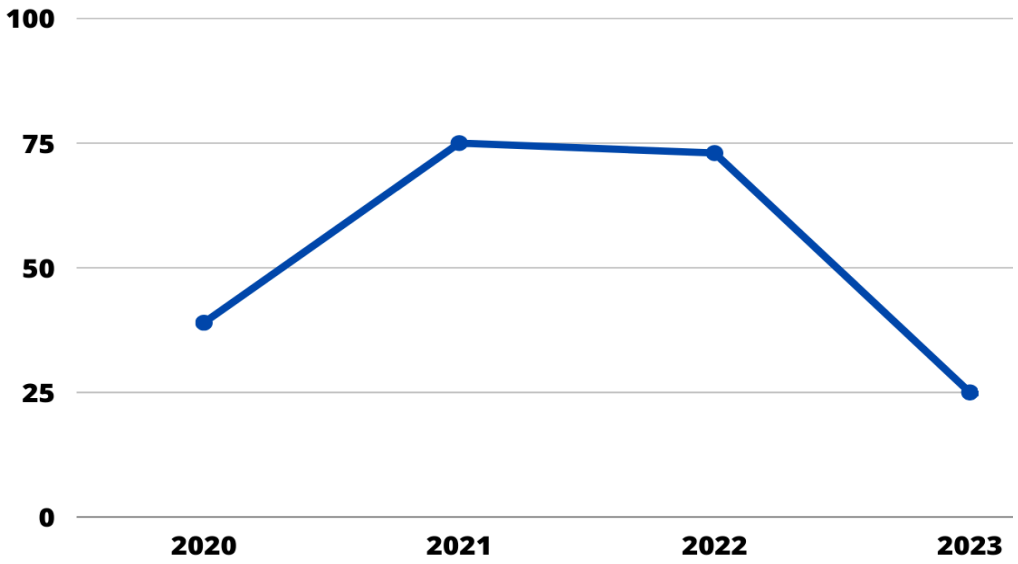
[5] Ferramenta de código aberto (*open source*) para pesquisas quantitativas em cientometria e bibliometria que inclui todos os principais métodos de análise bibliométrica.

[6] Aplicativo que fornece uma interface web para o bibliometrix.

5.3 Resultados

Foram identificados 212 artigos publicados (Apêndice) sobre o tema, sendo que os anos com maior volume publicado foram em 2021 e 2022 (Gráfico 1). Os estudos foram publicados em 110 periódicos diferentes, e identificados 1785 autores, sendo que 43,45% são publicações de co-autoria internacional, o que sugere uma colaboração significativa de pesquisadores de diversos países.

Gráfico 1. Quantidade de artigos publicados por ano sobre o tema



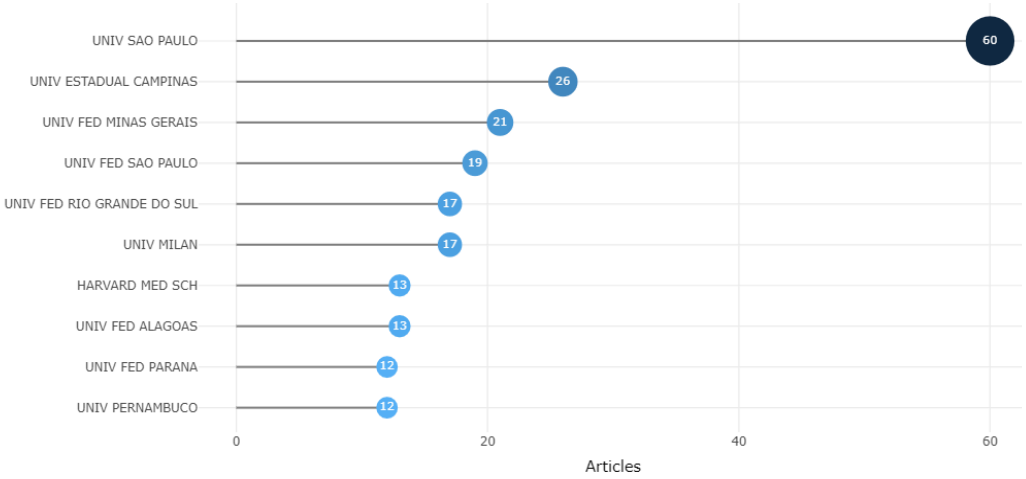
Fonte: Elaboração própria.

Os países que mais produziram estudos sobre o tema foram: Brasil, que contou com um total de 149 publicações, Estados Unidos (16), Reino Unido (9), Canadá (5) e Itália (5). Nota-se uma clara predominância da colaboração entre pesquisadores brasileiros e seus pares norte-americanos, europeus e australianos, com a singular exceção do Chile, que se destaca como o único representante latino-americano, classificando-se em oitavo lugar entre as principais parcerias internacionais.

Oito das dez instituições mais relevantes são brasileiras (Gráfico 2), de modo que as universidades que mais produziram acerca do tema pesquisado foram a Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), University of Milan (UniMi), Harvard Medical School, Universidade Federal de Alagoas (UFAL),

Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Universidade de Pernambuco (UPE), consecutivamente.

Gráfico 2. Instituições/afiliações que mais produziram artigos



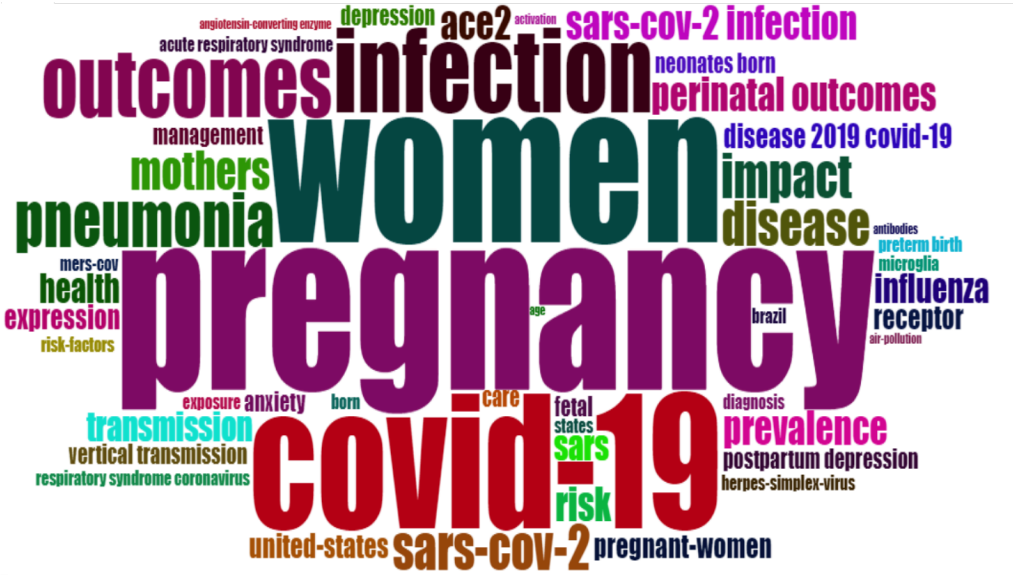
Fonte: Elaboração própria.

As temáticas mais frequentemente encontradas a partir do total de publicações analisadas fazem referência aos processos patológicos da covid-19. Sendo assim, observa-se que os dez termos mais frequentes presentes nos resumos são: gestação, mulheres, covid-19, infecção, coronavírus, desfecho, pneumonia, doença, impacto e SARS-CoV-2, conforme ilustrado em formato de nuvem de palavras (*word cloud*[7]) na Figura 3.

Também foi possível identificar entre as palavras-chave termos relacionados à doença e suas complicações, tais como, ‘infecção’, ‘coronavírus’, ‘pneumonia’, ‘sars-cov-2’, ‘prevalência’, ‘risco’ e ‘transmissão’. Os termos ‘receptor’, ‘diagnóstico’, ‘depressão pós-parto’, ‘prematuridade’, ‘exposição’ e ‘anticorpos’ aparecem com menos frequência, com aproximadamente 1% cada.

[7] *Word cloud*, ou nuvem de palavras, é uma representação visual de texto onde palavras frequentemente usadas ou significantes são exibidas em tamanho maior, enquanto palavras menos comuns são exibidas em tamanho menor.

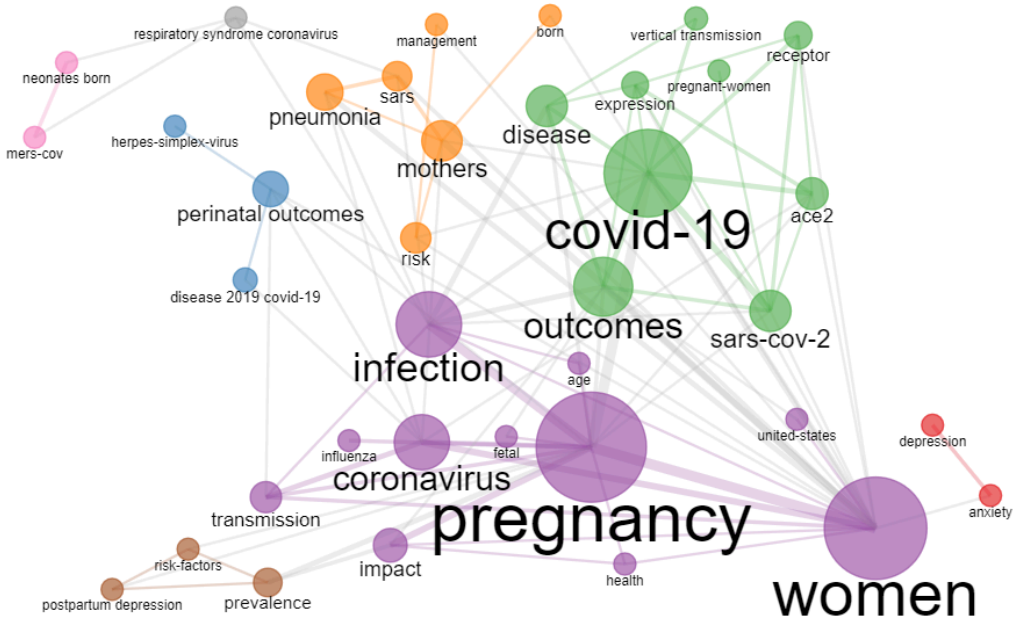
Figura 3. Frequência de termos presentes nos resumos



Fonte: Elaboração própria.

A relação de palavras-chave através da análise de co-ocorrência, apresentada por meio de nós, ou círculos, suas ramificações e conexões (Figura 4). O tamanho do círculo e do termo indicam a frequência de ocorrência de uma palavra-chave e sua relação é mais forte quanto mais próximos entre eles. As duas redes maiores, lilás, contém 11 termos, e a verde, que contém nove, se ramificam e se conectam com os grupos menores.

Figura 4. Coocorrência entre as palavras-chave dos artigos

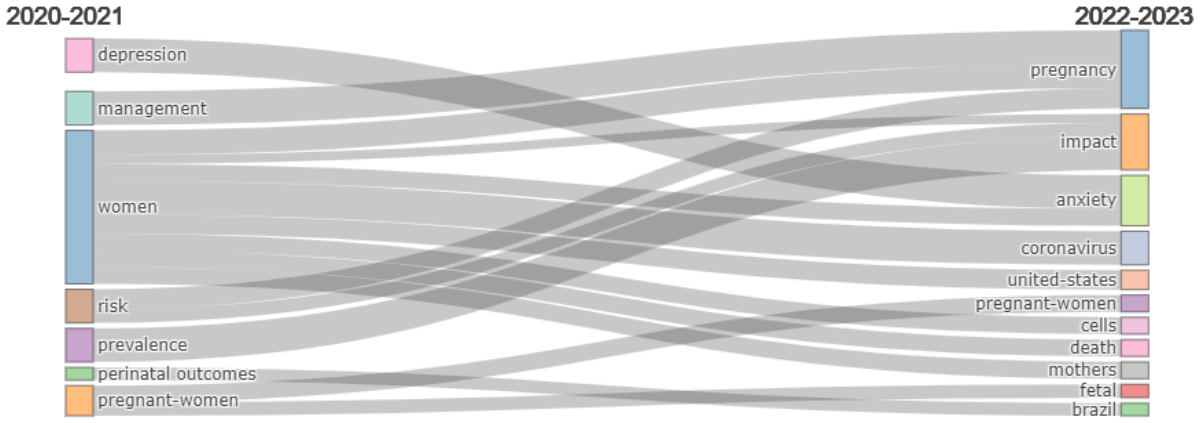


Fonte: Elaboração própria.

Quanto à interseccionalidade, apenas os termos ‘mulheres’, citada em 9% dos artigos; ‘mães’ (2%), ‘mulheres grávidas’ (1%) e ‘idade’ (1%) foram encontrados com alguma frequência nos resumos dos artigos, indicando que algumas categorias não foram consideradas como cor/raça/etnia, condições socioeconômicas, condições de moradia e escolaridade.

Considerando as temáticas abordadas através da análise de rede de coocorrência (Figura 5) e agrupamento sobre os estudos no período inicial da pandemia de covid-19 (2020-2021), nota-se a prevalência de termos relacionados à saúde, como ‘depressão’, ‘cuidado’, ‘mulheres’, ‘risco’, ‘prevalência’, ‘desfechos perinatais’ e ‘gestantes’. Já no recorte temporal equivalente ao final da pandemia (2022-2023), percebe-se uma evolução dos termos para outros temas relacionados aos anteriores, porém apresentam características relacionadas a aspectos psicossociais e fisiológicos da covid-19 como ‘gestação’, ‘impacto’, ‘ansiedade’, ‘coronavírus’, ‘células’, ‘óbito’, ‘mães’, ‘fetal’, entre outros.

Figura 5. Evolução temática da produção científica



Fonte: Elaboração própria.

Considerando apenas os quinze artigos mais citados globalmente (Quadro 1), observa-se que todos foram publicados em língua inglesa, porém todos os estudos possuem pelo menos um autor vinculado a uma instituição brasileira, sendo que dez artigos foram publicados durante o primeiro ano da pandemia, e cinco publicados no ano seguinte, em 2021.

5.4 Discussão

Diversos métodos foram empregados nos quinze artigos mais relevantes, sendo duas revisões sistemáticas (Smith *et al*., 2020; Sousa *et al*., 2020) e uma revisão bibliométrica (Furstenau *et al*., 2021), dois estudos de coorte internacional (Villar *et al*., 2021; Saccone *et al*., 2021), dois estudos observacionais (Lebrão *et al*., 2020; Papageorghiou *et al*., 2021) e apenas um estudo transversal (Takemoto *et al*., 2020a). Os demais estudos consistiram de revisões assistemáticas da literatura ou pesquisas documentais/bibliográficas.

Furstenau *et al*. (2021) conduziram uma análise bibliométrica a fim de investigar os temas estratégicos e a estrutura de evolução temática do covid-19 durante os primeiros oito meses da pandemia e os temas relevantes relacionados; os resultados destacaram temas como 'cloroquina', 'ansiedade', 'vacina' , entre outros termos.

Rodrigues *et al*. (2020), em uma revisão sistemática sobre o conhecimento sobre o impacto da covid-19 na gravidez e descrevem o desfecho de casos publicados de mulheres grávidas diagnosticadas com covid-19 e concluem que a fusão de evidências sugere que a transmissão vertical é possível, no entanto, ainda havia um número limitado de casos notificados com amostras intraparto na época. Assim, a informação, o aconselhamento e a monitorização adequada são elencados como essenciais para prevenção e gerenciamento dos efeitos adversos da infeção durante a gravidez.

Segundo Villar *et al*. (2021), a covid-19 na gravidez está associada a aumentos consistentes e substanciais na morbidade e mortalidade materna grave e complicações neonatais quando comparadas mulheres grávidas com e sem diagnóstico de covid-19. Enquanto Smith *et al*. (2020) apontam para a incidência de nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer, cesariana e internação em Unidade de Terapia Intensiva neonatal parecem maiores do que na população em geral.

Alberca *et al*. (2020) afirmam que bebês nascidos de mães positivas para covid-19 parecem não apresentar sintomas clínicos graves, porém afirmam ser necessária a verificação do resultado das crianças e mais investigação sobre a covid-19 durante a gravidez e saúde neonatal.

Uma pesquisa realizada em 22 países por Saccone *et al*. (2020), aponta que a infecção por SARS-CoV-2 em mulheres grávidas está associada a uma taxa de mortalidade materna de 0,8%, porém com uma taxa de internação em UTI de 11,1%. Segundo um estudo observacional, conduzido por Papageorghiou *et al*. (2021), a covid-19 durante a gravidez está fortemente associada à pré-eclâmpsia, independente de quaisquer fatores de risco e condições pré-existentes, tornando essas gestantes um grupo vulnerável ao riscos causados pela doença.

A publicação de Poon *et al*. (2020) consistiu de uma compilação de orientações sobre a covid-19 durante a gravidez e o puerpério para profissionais de saúde. Narang *et al*. (2020) também sumarizaram diretrizes para o manejo da covid-19 na gravidez de diferentes sociedades perinatais e encontraram informações consistentes, porém com algumas variações quanto às recomendações.

Pennanen-lire *et al*. (2021) realizaram uma pesquisa bibliográfica abrangendo saúde sexual, abordando as implicações da pandemia de covid-19 na saúde sexual em relação à transmissão e práticas sexuais seguras, gravidez, namoro e intimidade em meio à pandemia.

Em um estudo de um caso sobre amamentação, Lebrão *et al*. (2020) concluem que, até o momento da pesquisa, o leite humano não foi considerado como fonte de transmissão de covid-19, porém podendo conter anticorpos que podem proteger o recém-nascido da infecção.

Silveira *et al*. (2020) concluíram através de uma pesquisa realizada ainda no primeiro ano da pandemia, que vários fitoterápicos apresentam margens de segurança superiores às dos medicamentos de referência e níveis de evidência suficientes para iniciar uma discussão clínica sobre seu potencial uso como adjuvantes no tratamento da gripe comum precoce ou leve em adultos saudáveis no contexto da covid-19.

Sousa *et al*. (2020) não descartam um potencial agravamento do quadro clínico das gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2, esteja a infecção associada ou não a comorbidades, pela ocorrência de distúrbios respiratórios, distúrbios do ritmo cardíaco, desequilíbrio ácido-base, entre outros.

Quadro 1. Artigos mais citados globalmente, em ordem decrescente de quantidade de citações

Título	Autor(es)	Periódico	Tipo de estudo	Ano	Citações
Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without covid-19 Infection	Villar *et al.*	Jama Pediatrics	Estudo de coorte	2021	487
Maternal and neonatal outcomes associated with covid-19 infection: A systematic review	Smith *et al*.	PLoS ONE	Revisão sistemática	2020	119
Covid-19: Is There Evidence for the Use of Herbal Medicines as Adjuvant Symptomatic Therapy?	Silveira *et al*.	Frontiers in Pharmacology	Revisão bibliográfica	2020	104
Maternal and perinatal outcomes of pregnant women withSARS-CoV-2 infection	Saccone *et al*.	Ultrasound in Obstetrics & Gynecology	Estudo de coorte	2021	100
Preeclampsia and covid-19: results from the INTERCOVID prospective longitudinal study	Papageorghiou *et al*.	American Journal of Obstetrics & Gynecology	Estudo observacional longitudinal	2021	92
ISUOG Interim Guidance on coronavirus disease 2019 (covid-19) during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals – an update	Poon *et al*.	Ultrasound in Obstetrics & Gynecology	Revisão bibliográfica	2020	52
Sexual Health Implications of covid-19 Pandemic	Pennanen-Iire *et al*.	Sexual Medicine Reviews	Revisão bibliográfica	2021	49
Pregnancy, Viral Infection, and covid-19	Alberca *et al*.	Frontiers in Immunology	Revisão bibliográfica	2020	48
Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe covid-19 in Brazil: a surveillance database analysis	Takemoto *et al*.	BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology	Estudo transversal	2020	47
Maternal mortality and covid-19	Takemoto *et al*.	The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine	Estudo observacional retrospectivo	2020	42
Effects of covid-19 Infection during Pregnancy and Neonatal Prognosis: What Is the Evidence?	Sousa *et al.*	International Journal of Environmental Research and Public Health	Revisão sistemática	2020	41
SARS-CoV-2 in Pregnancy: A Comprehensive Summary of Current Guidelines	Narang *et al.*	Journal of Clinical Medicine	Revisão bibliográfica	2020	37
Early Identification of IgA Anti-SARSCoV-2 in Milk of Mother With covid-19 Infection	Lebrão *et al.*	Journal of Human Lactation	Estudo de caso	2020	36
A Bibliometric Network Analysis of Coronavirus during the First Eight Months of covid-19 in 2020	Furstenau *et al.*	International Journal of Environmental Research and Public Health	Revisão bibliométrica	2021	35
Pregnancy and Breastfeeding During covid-19 Pandemic: A Systematic Review of Published Pregnancy Cases	Rodrigues *et al.*	Frontiers in Public Health	Revisão sistemática	2020	35

Fonte: Elaboração própria.

Takemoto *et al*. (2020a) identificaram 124 mortes maternas do início da pandemia até meados de junho de 2020 no Brasil, sendo que pelo menos uma comorbidade estava presente em 48,4% dos casos fatais, em comparação com 24,9% nos casos de sobrevivência. Entre as mulheres que faleceram, 58,9% foram internadas em UTI, 53,2% necessitam de ventilação mecânica invasiva e 29% não tiveram suporte respiratório. O estudo evidenciou ainda que os principais fatores de risco para morte materna por covid-19 foram o puerpério no início dos sintomas respiratórios, obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, enquanto a etnia branca foi citada como efeito protetor em relação ao óbito.

Outro estudo conduzido por Takemoto *et al*. (2020b), consistindo de coleta e análise de dados de diferentes fontes sobre as mortes maternas relacionadas à covid-19 no Brasil concluiu que as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, as diferenças nas medidas de mitigação da pandemia no país e a elevada prevalência de fatores de risco concomitantes para a doença grave da covid-19 podem desempenhar um papel na disparidade observada em comparação com os relatórios mundiais sobre os resultados maternos.

Os estudos analisados abordam várias questões relacionadas à covid-19. Furstenau *et al*. (2021) realizaram uma análise bibliométrica, destacando tópicos como vacinas e medicações utilizadas no tratamento da covid-19. Rodrigues *et al*. (2020) revisaram o impacto da covid-19 na gravidez, observando a possibilidade de transmissão vertical. Villar *et al*. (2021) relacionaram a covid-19 na gravidez com aumento de morbidade materna e complicações neonatais. Alberca *et al*. (2020) observaram que bebês nascidos de mães com covid-19 geralmente não apresentam sintomas graves. Takemoto *et al*. (2020a, 2020b) destacaram a mortalidade materna e os fatores de risco associados. Outros estudos trataram de orientações para profissionais de saúde, saúde sexual e segurança na pandemia.

5.5 Conclusão

As principais áreas de foco identificadas na análise das publicações são predominantemente relacionadas aos aspectos fisiopatológicos da covid-19, com particular ênfase em disciplinas da área da saúde, como obstetrícia, infectologia, pneumologia e patologia.

Nesta perspectiva, dentre os quinze artigos mais citados, apenas o estudo realizado por Takemoto *et al*. (2020a), incluiu dados relativos à raça/etnia e idade das gestantes e puérperas como categorias de análise interseccionais, associando os dados às comorbidades e aos desfechos de saúde dessas mulheres, e isso sugere que essa discussão está sendo negligenciada ou passando despercebida.

Sendo assim, a revisão bibliométrica revela que, apesar da grande quantidade de estudos interdisciplinares e relevantes acerca do tema, poucos pesquisadores consideraram a interseccionalidade e os determinantes sociais da saúde na análise da morbidade e mortalidade materna causada pela covid-19.

5.6 Referências

ALBERCA, Ricardo Wesley; PEREIRA, Nátalli Zanete; OLIVEIRA, Luanda Mara da Silva; GOZZI-SILVA, Sarah Cristina; SATO, Maria Notomi. Pregnancy, Viral Infection, and covid-19. **Frontiers In Immunology**, v. 11, p. 1-12, 2020.

BERTOLOZZI, Thayla Bicalho; VENTURINI, Anna Carolina; SOUSA, Caio Jardim; LIMA, Márcia; MILANEZ, Jaciane. Covid-19 e raça no Brasil de 2020: uma observação de notícias, webinários e outras fontes. Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19, **AFRO-CEBRAP**, n. 9, 2021. Disponível em: https://www.afrocebrap.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Informativo-9-Covid-19-e-rac%CC%A7a-no-Brasil-de-2020-uma-observac%CC%A7a%CC%83o-de-noti%CC%81cias-webina%CC%81rios-e-outras-fontes__.pdf. Acesso em: 5 set. 2023.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021. 288 p.

FONSECA, Edson Nery. **Bibliometria: Teoria e Prática**. São Paulo: Cultrix, 1986. 141 p.

FURSTENAU, Leonardo B.; RABAIOLI, Bruna; SOTT, Michele Kremer; COSSUL, Danielli; BENDER, Mariluza Sott; FARINA, Eduardo Moreno Júdice de Mattos; BARCELLOS FILHO, Fabiano Novaes; SEVERO, Priscilla Paola; DOHAN, Michael S.; BRAGAZZI, Nicola Luigi. A Bibliometric Network Analysis of Coronavirus during

the First Eight Months of covid-19 in 2020. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 18, n. 3, p. 952, 2021.

LEBRÃO, Cibele Wolf; CRUZ, Manuela Navarro; SILVA, Mariliza Henrique da; DUTRA, Letícia Veríssimo; CRISTIANI, Camila; FONSECA, Fernando Luiz Affonso; SUANO-SOUZA, Fabíola Isabel. Early Identification of IgA Anti-SARSCoV-2 in Milk of Mother With covid-19 Infection. **Journal of Human Lactation**, v. 36, n. 4, p. 609-613, 2020.

MATTA, Gustavo Corrêa; SOUTO, Ester Paiva; REGO, Sergio; SEGATA, Jean. A covid-19 no Brasil e as várias faces da pandemia. In: MATTA, Gustavo Corrêa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; SEGATA, Jean (org.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

NARANG, Kavita; IBIROGBA, Eniola R.; ELREFAEI, Amro; TRAD, Ayssa Teles Abrao; THEILER, Regan; NOMURA, Roseli; PICONE, Olivier; KILBY, Mark; ESCURIET, Ramón; SUY, Anna; CARRERAS, Elena; TONNI, Gabriele; RUANO, Rodrigo. SARS-CoV-2 in Pregnancy: a comprehensive summary of current guidelines. **Journal Of Clinical Medicine**, v. 9, n. 5, p. 1521, 2020.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto; UBINHA, Ana Carla Franco; TAVARES, Isabela de Paula; COSTA, Maria Laura; OPPERMAN, Maria Lucia da Rocha; BROCK, Marianna Facchinetti; TRAPANI, Alberto; DAMÁSIO, Lia Cruz Vaz da Costa; REIS, Nadia Stella Viegas; BORGES, Vera Therezinha Medeiros; ZACONETA, Alberto Carlos Moreno; ARAÚJO, Ana Cristina Pinheiro Fernandes; RUANO, Rodrigo. Increased Risk for Maternal Anxiety during the covid-19 Outbreak in Brazil among Pregnant Women without Comorbidities. **RBGO Gynecology And Obstetrics**, v. 43, n. 12, p. 932-939, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção e controle de infecção durante os cuidados de saúde quando houver suspeita de infecção pelo novo coronavírus (nCoV)**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, p. 1-5, 25 jan. 2020. Diretrizes provisórias. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51910. Acesso em: 3 ago. 2023.

PAPAGEORGHIOU, Aris T.; DERUELLE, Philippe; GUNIER, Robert B.; RAUCH, Stephen; GARCÍA-MAY, Perla K.; MHATRE, Mohak; USMAN, Mustapha Ado; ABD-ELSALAM, Sherief; ETUK, Saturday; SIMMONS, Lavone E. *et al*. Preeclampsia and covid-19: results from the intercovid prospective longitudinal study. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, v. 225, n. 3, p. 289.e1-289.e17, 2021.

PENNANEN-IIRE, Corina; PREREIRA-LOURENÇO, Mário; PADOA, Anna; RIBEIRINHO, André; SAMICO, Ana; GRESSLER, Marina; JATOI, Noor-Ahmed; MEHRAD, Mehri; GIRARD, Abby. Sexual Health Implications of covid-19 Pandemic. **Sexual Medicine Reviews**, v. 9, n. 1, p. 3-14, 2021.

POON, L. . C.; YANG, H.; DUMONT, S. *et al*. ISUOG Interim Guidance on coronavirus disease 2019 (COVID‐19) during pregnancy and puerperium:

information for healthcare professionals: an update. **Ultrasound In Obstetrics & Gynecology**, v. 55, n. 6, p. 848-862, 2020.

RODRIGUES, Carina; BAÍA, Inês; DOMINGUES, Rosa; BARROS, Henrique. Pregnancy and Breastfeeding During covid-19 Pandemic: a systematic review of published pregnancy cases. **Frontiers In Public Health**, v. 8, 2020.

SACCONE, Gabriele; SEN, Cihat; DI MASCIO, Daniele *et al*. Maternal and perinatal outcomes of pregnant women with SARS-CoV-2 infection. **Ultrasound In Obstetrics & Gynecology**, v. 57, n. 2, p. 232-241, 2021. WAPM (World Association of Perinatal Medicine) Working Group on covid-19.

SCHWARTZ, David A.; DHALIWAL, Amareen. Infections in Pregnancy With covid-19 and Other Respiratory RNA Virus Diseases Are Rarely, If Ever, Transmitted to the Fetus: experiences with coronaviruses, parainfluenza, metapneumovirus respiratory syncytial virus, and influenza. **Archives Of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 144, n. 8, p. 920-928, 2020.

SILVEIRA, Dâmaris; PRIETO-GARCIA, Jose Maria; BOYLAN, Fabio; ESTRADA, Omar; FONSECA-BAZZO, Yris Maria; JAMAL, Claudia Masrouah; MAGALHÃES, Pérola Oliveira; PEREIRA, Edson Oliveira; TOMCZYK, Michal; HEINRICH, Michael. Covid-19: is there evidence for the use of herbal medicines as adjuvant symptomatic therapy?. **Frontiers In Pharmacology**, v. 11, 2020.

SMITH, Vinayak; SEO, Densearn; WARTY, Ritesh; PAYNE, Olivia; SALIH, Mohamed; CHIN, Ken Lee; OFORI-ASENSO, Richard; KRISHNAN, Sathya; COSTA, Fabricio da Silva; VOLLENHOVEN, Beverley; WALLACE, Euan. Maternal and neonatal outcomes associated with covid-19 infection: a systematic review. **Plos One**, v. 15, n. 6, 2020.

SOUSA, Álvaro Francisco Lopes de; CARVALHO, Herica Emilia Félix de; OLIVEIRA, Layze Braz de; SCHNEIDER, Guilherme; CAMARGO, Emerson Lucas Silva; WATANABE, Evandro; ANDRADE, Denise de; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; MENDES, Isabel Amélia Costa; FRONTEIRA, Inês. Effects of covid-19 Infection during Pregnancy and Neonatal Prognosis: what is the evidence?. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 17, n. 11, p. 4176, 2020.

TAKEMOTO, Maira L. S.; MENEZES, M. O.; ANDREUCCI, C. B.; KNOBEL, R.; SOUSA, L.; KATZ, L.; FONSECA, E. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; MAGALHÃES, C. G.; DINIZ, C. S. G.; MELO, A. S. O.; AMORIM, M. M. R. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 127, n. 13, p. 1618-1626, 2020a.

TAKEMOTO, Maira L. S.; MENEZES, Mariane O.; ANDREUCCI, Carla B.; KNOBEL, Roxana; SOUSA, Liduína A. R.; KATZ, Leila; FONSECA, Eduardo B.; MAGALHÃES, Claudia G.; OLIVEIRA, Wanderson K.; REZENDE-FILHO, Jorge. Maternal mortality and covid-19. **The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 35, n. 12, p. 2355-2361, 2020b.

VILLAR, José; ARIFF, Shabina; GUNIER, Robert B. *et al*. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without covid-19 Infection. **Jama Pediatrics**, v. 175, n. 8, p. 817-826, 2021.

6 MORBIMORTALIDADE POR RAÇA/COR DE GESTANTES E PUÉRPERAS DIAGNOSTICADAS COM COVID-19 EM MATO GROSSO DO SUL

RESUMO

O objetivo consiste em examinar quais grupos étnicos/raciais de gestantes e puérperas foram mais impactados pela covid-19 em Mato Grosso do Sul, com base nos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde. Foram identificados 582 casos de hospitalização de gestantes e puérperas com covid-19 no estado entre 22 de fevereiro de 2020 e 31 de agosto de 2023. Ao analisar os casos positivos, constatou-se que as gestantes e puérperas pardas registraram as maiores taxas de casos, ultrapassando 50% em todos os anos considerados. Os resultados evidenciam disparidades raciais, indicando que mulheres pardas foram as mais afetadas, seguidas por brancas, pretas, amarelas e indígenas. Essas disparidades são perceptíveis em diversas categorias, como faixa etária, período de diagnóstico durante a gravidez, zona de residência e necessidade de cuidados hospitalares. Há indícios de subnotificação, possivelmente associada à coleta de dados raciais. O estudo ressalta a necessidade de estratégias específicas de saúde em Mato Grosso do Sul para abordar as desigualdades em saúde, especialmente no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a influência do racismo obstétrico.

Palavras-chave: covid-19; Fatores Raciais; Interseccionalidade; Saúde Materna.

ABSTRACT

The objective is to examine which ethnic/racial groups of pregnant and postpartum women were most impacted by covid-19 in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil based on data provided by the Ministry of Health. A total of 582 cases of hospitalization of pregnant and postpartum women with covid-19 were identified in the state between February 22, 2020, and August 31, 2023. When analyzing positive cases, it was observed that pregnant and postpartum women with a pardo (mixed race) background had the highest rates of cases, exceeding 50% in all years considered. The results highlight racial disparities, indicating that pardo women were the most affected, followed by white, black, yellow, and indigenous women. These disparities are noticeable in various categories, such as age group, diagnosis period during pregnancy, residential area, and the need for hospital care. There are indications of underreporting, possibly associated with the collection of racial data. The study emphasizes the need for specific health strategies in Mato Grosso do Sul to address health inequalities, especially regarding sexual and reproductive rights, emphasizing the influence of obstetric racism.

Keywords: covid-19; Race Factors; Intersectionality; Maternal Health.

6.1 Introdução

Em todo o mundo, a qualidade do cuidado em saúde varia de acordo com fatores socioeconômicos, o local de residência, a disponibilidade de serviços sociais, bem como a empatia, humanização e dedicação das equipes de assistência à saúde. Para compreender as disparidades raciais na saúde, é fundamental que aqueles que as investigam reconheçam e entendam as complexas dinâmicas nas relações entre diferentes raças, gêneros e gerações. Além disso, é essencial que todos, incluindo pesquisadores, ativistas, administradores, gestores de saúde e profissionais de saúde, aceitem sua corresponsabilidade por negligenciar ou negar as implicações das desigualdades raciais, bem como desenvolver estratégias para superar desigualdades consideradas evitáveis e injustas (Lopes, 2003).

Apesar dos desafios em sua implementação, a atenção básica em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece, em geral, o vínculo entre o usuário e a rede de saúde, a partir de ações preventivas, diagnósticos precoces e tratamentos iniciais. Ao agir de maneira resolutiva, o SUS contribui significativamente para reduzir a demanda por atendimento hospitalar. A integralidade, desde a admissão até a alta hospitalar, com abordagem multidisciplinar, é vital para a recuperação plena dos usuários e usuárias. A harmonização destes elementos é essencial para um sistema de saúde abrangente e equitativo no atendimento à população (Fertonani *et al*., 2015; Franco; Hubner, 2020).

No início de 2020, a discussão sobre a pandemia de covid-19 na grande mídia enfatizou, equivocadamente, uma potencial “democracia” da doença, que atingiria pessoas independentemente de características como raça, gênero, renda, religião, ou nacionalidade. No entanto, à medida que o ano avançou, a cobertura jornalística começou a considerar especificamente as questões raciais, embora ainda tentando associar predisposição genética de populações negras e indígenas à gravidade e disseminação do vírus (Bertolozzi *et al*., 2021).

A gestão da covid-19 pelo Governo Federal do Brasil evidenciou uma ineficiência significativa na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), estabelecida em 2009, relacionada à coleta de dados sobre raça/cor dos

usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O principal objetivo da coleta de dados, conforme previsto em lei, é contribuir para a identificação das disparidades raciais na saúde, com base na autoidentificação dos grupos étnicos. Entretanto, quando as administrações públicas começaram a divulgar informações sobre incidência, recuperações e óbitos relacionados à covid-19 por raça/cor, ficou evidente a fragilidade dos sistemas de saúde pública no que diz respeito à coleta de dados raciais (Lima *et al*., 2020).

A pandemia destacou a notável subnotificação de raça/cor nos sistemas de informação do SUS, justamente em um momento crucial para a gestão resolutiva da doença. Essa dificuldade na construção de indicadores de desigualdades raciais em saúde não é exclusiva da covid-19, mas sim uma questão que já existia. A subnotificação enfatiza dois aspectos essenciais das relações raciais no Brasil: apesar da persistência das desigualdades, elas frequentemente são acompanhadas pela negação e resistência em reconhecê-las, bem como pela relutância em adotar políticas afirmativas para mitigá-las. Como resultado, as populações mais vulneráveis continuam a enfrentar óbitos de diversas causas, com notificações desiguais por parte do Estado (Lima *et al*., 2020).

A justiça passou a exigir o registro de raça/cor em casos de covid-19 somente em maio de 2020, destacando as desigualdades preexistentes em grupos étnico-raciais e sociais mais vulneráveis. Em agosto do mesmo ano, com 100.000 mortes notificadas por covid-19 no Brasil, a situação das pessoas negras, bem como de grupos ainda mais vulneráveis, como pessoas trans, moradores de rua, dependentes químicos, comunidades religiosas, entre outros, tornou-se evidente. Com a pandemia, observou-se que o gênero também se tornou uma variável crucial para compreender o impacto na população feminina, principalmente nas mulheres negras, de forma interseccional (Bertolozzi *et al*., 2021).

A vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) foi estabelecida em 2009 em resposta à pandemia de H1N1 (Brasil, 2019), e campos específicos para rastrear gestantes e puérperas estão disponíveis desde então. Novos campos específicos foram adicionados ao Formulário de Notificação para coletar informações sobre os casos de covid-19. Os dados são anonimizados e divulgados publicamente pelo Ministério da Saúde. O Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr),

banco de dados foi desenvolvido por Agatha Sacramento Rodrigues e Rossana Pulcineli Vieira Francisco (2023).

O Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) registra a informação sobre a raça/cor da pele apenas em 80% das internações no Brasil, enquanto o preenchimento ideal seria de, pelo menos, 90%; pois a ausência de preenchimento no campo raça/cor no contexto de internações tem um impacto substancial, especialmente na análise da letalidade entre diferentes grupos étnicos, como pessoas brancas, pretas, pardas, amarelas e indígenas (Araújo; Nunes; Nisida, 2021).

Esta pesquisa se trata de um estudo transversal baseado na análise de banco de dados de vigilância secundária, que tem por objetivo analisar a distribuição dos casos de covid-19 por grupos étnicos/raciais entre gestantes e puérperas de Mato Grosso do Sul a partir dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde.

6.2 Métodos

Os dados foram coletados e atualizados mensalmente entre fevereiro de 2022 e agosto de 2023, com última atualização em 31 de agosto de 2023 através do Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr), banco de dados que compila os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e covid-19 em gestantes e puérperas de todo o Brasil a partir do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) desde 2009 do portal DATASUS.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: casos que se enquadram como gestantes (em qualquer trimestre gestacional ou com idade gestacional não identificada) ou puérperas, com diagnóstico positivo para covid-19, com idades entre 10 e 55 anos. Além disso, a análise abrangeu todas as semanas epidemiológicas do período entre 1 de janeiro de 2020 a 31 de agosto de 2023, no estado de Mato Grosso do Sul. Casos de influenza, outros vírus ou agentes, além dos não especificados ou não respondidos não foram considerados.

Os dados extraídos foram tabulados e organizados utilizando o software de planilhas LibreOffice Calc versão 7.5.2.2. Analisados a partir da variável raça, os dados foram categorizados em: distribuição anual de casos confirmados, evolução,

faixa etária, momento gestacional, zona de residência, hospitalização e internação em UTI.

6.3 Resultados

Foram identificados 562 casos de gestantes e puérperas hospitalizadas com covid-19 no estado de Mato Grosso do Sul entre 1 de janeiro de 2020 e 31 de agosto de 2023. Observou-se que as gestantes e puérperas pardas apresentaram as maiores taxas de casos, com níveis superiores a 45% em todos os anos considerados (Tabela 1), representando mais da metade (50,71%) dos casos totais do período. Em seguida, as mulheres brancas registraram taxas que variam entre 29,58% e 39,42%, constituindo 36,47% dos casos. Por outro lado, as mulheres indígenas, amarelas e pretas mantiveram índices anuais inferiores a 7% em todos os anos analisados.

Tabela 1. Distribuição temporal dos casos por raça/cor

	2020 (n=104)	2021 (n=301)	2022 (n=142)	2023[8] (n=15)	Total (n=562)
Amarela	2 (1,92%)	4 (1,33%)	1 (0,7%)	0 (0%)	7 (1,24%)
Branca	41 (39,42%)	117 (38,88%)	42 (29,58%)	5 (33,33%)	205 (36,47%)
Indígena	2 (1,92%)	8 (2,65%)	4 (2,82%)	1 (6,66%)	15 (2,67)
Parda	53 (50,96%)	137 (45,51%)	86 (60,56%)	9 (60%)	285 (50,71%)
Preta	3 (2,89%)	4 (1,32%)	3 (2,11%)	0 (0%)	10 (1,78%)
Casos faltantes	3 (2,89)	31 (10,3%)	6 (4,22%)	0 (0%)	40 (7,12%)

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à evolução clínica (Tabela 2), 520 (92,52%) casos confirmados resultaram em cura, enquanto 35 (6,22%) resultaram em óbito. As taxas mais altas de mortalidade, classificadas por grupos raciais, foram observadas entre as mulheres pardas (45,71%) e brancas (40%).

[8] *Os dados referentes ao ano de 2023 são parciais, pois foram coletados em 31 de agosto.

Tabela 2. Distribuição de casos quanto à evolução

	Cura (n=520)	Óbito (n=35)	Casos faltantes (n=7)	Total (n=562)
Amarela	7 (1,34%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (1,24%)
Branca	186 (35,77%)	14 (40%)	5 (71,43%)	205 (36,47%)
Indígena	14 (2,7%)	1 (2,86%)	0 (0%)	15 (2,67)
Parda	267 (51,35%)	16 (45,71%)	2 (28,57%)	285 (50,71%)
Preta	9 (1,73%)	1 (2,86%)	0 (0%)	10 (1,78%)
Casos faltantes	37 (7,11%)	3 (8,57%)	0 (0%)	40 (7,12%)

Fonte: Elaboração própria.

Analisando a distribuição por faixa etária, destaca-se que 57 gestantes e puérperas possuíam menos de 20 anos de idade no momento do diagnóstico, 358 possuíam idades entre 20 e 34 anos e 147 com 35 anos de idade ou mais. Mulheres pardas com menos de 20 anos (54,38%) e com idade entre 20 e 34 anos (53,07%) podem ter sido as mais afetadas, seguidas pelas brancas com 29,82% e 34,35% dos casos, respectivamente. Enquanto que, com taxas superiores a 40% dos casos, as gestantes e puérperas brancas (44,22%) e pardas (43,54%) lideram em casos confirmados entre mulheres com 35 anos ou mais.

Tabela 3. Distribuição de casos por faixa etária

	<20 (n=57)	20-34 (n=358)	>=35 (n=147)	Total (n=562)
Amarela	2 (3,51%)	2 (0,56%)	3 (2,04%)	7 (1,24%)
Branca	17 (29,82%)	123 (34,35%)	65 (44,22%)	205 (36,47%)
Indígena	4 (7,02%)	10 (2,8%)	1 (0,68%)	15 (2,67)
Parda	31 (54,38%)	190 (53,07%)	64 (43,54%)	285 (50,71%)
Preta	1 (1,75%)	8 (2,23%)	1 (0,68%)	10 (1,78%)
Casos faltantes	2 (3,51%)	25 (6,98%)	13 (8,84%)	40 (7,12%)

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao período de diagnóstico de covid-19 durante as fases da gestação e no puerpério, as gestantes pardas foram mais diagnosticadas com a doença no primeiro e no terceiro trimestre. Gestantes brancas apresentaram taxas

de diagnóstico mais expressivas no segundo semestre, seguidas pelas pardas. Enquanto que, no puerpério, as mulheres pardas também tiveram maior quantidade de casos registrados.

Tabela 4. Distribuição de casos por momento gestacional

	1º trimestre (n=48)	2º trimestre (n=116)	3º trimestre (n=255)	Puérpera (n=114)	Idade gest. ignorada (n=29)	Total (n=562)
Amarela	0 (0%)	3 (2,59%)	3 (1,18%)	0 (0%)	1 (3,45%)	7 (1,24%)
Branca	17 (35,41%)	54 (46,55%)	84 (32,94%)	39 (34,21%)	11 (37,93%)	205 (36,47%)
Indígena	0 (0%)	2 (1,72)	6 (2,35%)	5 (4,38%)	2 (6,89%)	15 (2,67)
Parda	24 (50%)	47 (40,51%)	144 (56,47%)	57 (50%)	13 (44,83%)	285 (50,71%)
Preta	4 (8,33%)	0 (0%)	6 (2,35%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (1,78%)
Casos faltantes	3 (6,25%)	10 (8,62%)	12 (4,7%)	13 (11,4%)	2 (6,89%)	40 (7,12%)

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à zona de residência, percebe-se que os grupos raciais residem predominantemente em áreas urbanas, com mulheres pardas e brancas predominando nesses locais, com exceção de mulheres indígenas, onde destaca-se apenas um caso de residência em região periurbana. Enquanto que, na região rural, a maior parte das gestantes e puérperas eram pardas e indígenas.

Tabela 5. Distribuição de casos por zona de residência

	Urbana (n=513)	Periurbana (n=2)	Rural (n=22)	Casos faltantes (n=25)	Total (n=562)
Amarela	6 (1,17%)	0 (0%)	1 (4,54%)	0 (0%)	7 (1,24%)
Branca	193 (37,62%)	0 (0%)	3 (13,63%)	9 (36%)	205 (36,47%)
Indígena	5 (0,97%)	1 (50%)	8 (36,36%)	1 (4%)	15 (2,67)
Parda	263 (51,26%)	0 (0%)	10 (45,45%)	12 (48%)	285 (50,71%)
Preta	10 (1,95%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (1,78%)
Casos faltantes	36 (7,02%)	1 (50%)	0 (0%)	3 (12%)	40 (7,12%)

Fonte: Elaboração própria.

Mulheres pardas e brancas tiveram maior necessidade de cuidados hospitalares devido à covid-19, sendo que 50,82% eram pardas e 36,25% dos casos de hospitalização eram brancas.

Tabela 6. Distribuição de casos quanto à hospitalização

	Sim (n=549)	Não (n=7)	Casos faltantes (n=6)	Total (n=562)
Amarela	7 (1,27%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (1,24%)
Branca	199 (36,25%)	4 (57,14%)	2 (33,33%)	205 (36,47%)
Indígena	15 (2,73%)	0 (0%)	0 (0%)	15 (2,67)
Parda	279 (50,82%)	3 (42,85%)	3 (50%)	285 (50,71%)
Preta	10 (1,82%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (1,78%)
Casos faltantes	39 (7,1%)	0 (0%)	1 (16,66%)	40 (7,12%)

Fonte: Elaboração própria.

A maioria das gestantes e puérperas diagnosticadas foi hospitalizada, sendo que parte dessas internações evoluíram para necessidade de cuidados intensivos em UTIs. Entre as mulheres internadas nessas unidades, a maioria era de origem parda (48,78%), seguida pelas brancas (35,36%). Mulheres indígenas e pretas apresentaram menores taxas de internação e admissão em UTI, enquanto que nenhuma mulher amarela necessitou de cuidados intensivos.

Tabela 7. Distribuição de casos quanto à internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

	Sim (n=82)	Não (n=407)	Casos faltantes (n=73)	Total (n=562)
Amarela	0 (0%)	5 (1,23%)	2 (2,74%)	7 (1,24%)
Branca	29 (35,36%)	150 (36,85%)	26 (35,61%)	205 (36,47%)
Indígena	2 (2,44%)	9 (2,21%)	4 (5,48%)	15 (2,67)
Parda	40 (48,78%)	211 (51,84%)	34 (46,57%)	285 (50,71%)
Preta	1 (1,22%)	7 (1,72%)	2 (2,74%)	10 (1,78%)
Casos faltantes	10 (12,2%)	25 (6,14%)	5 (6,85%)	40 (7,12%)

Fonte: Elaboração própria.

6.4 Discussão

Informações sobre mortalidade materna no Brasil devido à covid-19 apontam para o fato de que as gestantes e puérperas não foram acompanhadas adequadamente durante a gravidez (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020). Nota-se que, na maioria das categorias analisadas, o grupo racial que pode ter sido mais afetado é o de mulheres pardas, seguido pelas brancas, e os grupos menores são de mulheres pretas, amarelas e indígenas. Uma das razões para essa diferença pode ser atribuída às características demográficas da população de Mato Grosso do Sul, uma vez que a soma daqueles que se autodeclaram pretos, indígenas e amarelos representam pouco mais de 10% da população do estado (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Há também uma problemática relacionada à subnotificação dos casos durante a pandemia, pois as gestantes e puérperas pretas e indígenas aparecem em menor quantidade (números absolutos) em quase todas as categorias analisadas, e isto pode ainda estar relacionado ao fato de que a coleta dos dados raciais pode depender, possivelmente, de inferências e critérios subjetivos adotados pelos profissionais responsáveis pelo registro das notificações, que pode ser realizada por meio de duas fichas, a ficha de registro individual dos casos de SRAG hospitalizado (Anexo I[9]) e a ficha de notificação utilizada para casos de suspeita de covid-19 (Anexo II[10]).

A gestão da covid-19 pelas administrações públicas revelou uma falha crítica na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) relacionada à coleta de dados sobre raça/cor dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a coleta de dados sobre raça/cor seja prevista em lei para diagnosticar disparidades raciais na saúde, essa coleta tem sido inconsistente e subnotificada. A pandemia evidenciou a fragilidade dos sistemas de saúde pública na coleta de dados raciais, revelando uma subnotificação significativa. Isso reflete a negação das

[9] Fonte: DATASUS. Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave - incluindo dados da COVID-19. Disponível em: https://opendatasus.saude.gov.br/pt_BR/dataset/srag-2021-a-2023. Acesso em: 8 out. 2022.

[10] Fonte: DATASUS. FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2). Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Ficha-COVID-e-SUS-Notifica_16_08_21.pdf . Acesso em: 14 fev.2024

desigualdades raciais e a resistência em adotar políticas para mitigá-las, resultando em notificações desiguais por parte do Estado, afetando principalmente as populações vulnerabilizadas (Lima *et al*., 2020).

Pesquisas recentes apontaram a cor da pele negra como um aspecto de risco associado a desfechos maternos adversos mais sérios, incluindo a mortalidade, em mulheres pretas e pardas com covid-19 (Allotey *et al*., 2020; Baqui *et al*., 2020; Scheler *et al.*, 2021). Em um estudo transversal envolvendo mais de 12 mil gestantes e puérperas, mulheres negras com qualquer comorbidade apresentaram uma taxa de mortalidade duas vezes superior quando infectadas pelo SARS-CoV-2 em comparação com mulheres brancas (Scheler *et al.*, 2021).

Um estudo retrospectivo conduzido por Seif *et al.* (2023) analisou 298 casos de gestantes recuperadas da covid-19 no estado de Maryland, EUA, entre março de 2020 e junho de 2020, evidenciando que, infecções por covid-19 no primeiro trimestre mostraram taxas mais altas de parto prematuro, enquanto os resultados obstétricos foram semelhantes entre os grupos. Bebês de mães infectadas no segundo trimestre tinham maior probabilidade de passar por avaliações de sepse neonatal, concluindo que a covid-19, em estágios diferentes da gravidez pode influenciar os resultados, com infecções mais precoces associadas a mudanças que predispõem ao parto prematuro. Enquanto Ruiz *et al*. (2024), destacam que, entre as gestantes e puérperas brasileiras, houve um predomínio de diagnósticos no terceiro trimestre gestacional entre agosto de 2021 e fevereiro de 2022.

É importante destacar que, historicamente, os hospitais brasileiros têm lidado com estruturas inadequadas e superlotação de serviços, situação agravada durante a pandemia do SARS-CoV-2. A comparação do número de óbitos com países de proporção populacional semelhante evidenciou a falta de investimentos tecnológicos e infraestrutura necessários para atender a essas demandas emergenciais (Moreira, 2020).

Em epidemias anteriores, as desigualdades estruturais de raça e gênero, assim como a fragilidade dos serviços de saúde, foram negligenciadas. Esse padrão tem se repetido na pandemia de covid-19, especialmente em países latino-americanos, que não têm reconhecido devidamente a importância dos

serviços de saúde sexual e reprodutiva como essenciais (Reis *et al.*, 2020). O Brasil registra elevadas taxas de mortalidade materna relacionadas à covid-19, atingindo 10,2%, considerado alto em comparação com índices internacionais de 1,8% (Oliveira *et al.*, 2021a). Determinantes desse aumento incluem a hesitação das gestantes em buscar assistência, motivada por medo da doença, dificuldades financeiras, transporte e acesso aos serviços de saúde, bem como a baixa adesão às consultas pré-natais (Takemoto *et al*., 2020).

A mortalidade materna associada à covid-19 revela disparidades entre minorias e destaca a vulnerabilidade da população. O período gestacional, caracterizado por mudanças imunológicas únicas, dificulta a avaliação de infecções, especialmente respiratórias, devido a alterações fisiológicas que podem mascarar os sintomas, impactando na condução dos casos (Liu *et al.,* 2020), com predomínio de partos cesáreos em gestações com infecção pelo SARS-CoV-2 (Oliveira *et al*., 2021b).

A seriedade da situação imposta pela pandemia revelou que a crise humanitária e sanitária global assumiu proporções ainda mais dramáticas no Brasil. Isso se deve não apenas à crise política, mas também à adoção de uma postura de negação da ciência e subnotificação dos casos, postura que negligenciou o luto e o sofrimento de milhares de pessoas, resultando em consequências alarmantes (Giovanella *et al.*, 2020; Andrade *et al.*, 2023).

Roberton *et al*. (2020) apontam que a interrupção das consultas pré-natais e a redução do acesso a uma alimentação saudável têm impactos devastadores na vida de mulheres e lactentes. Esta situação alerta para a necessidade de ações governamentais e profissionais de saúde. A associação entre o aumento da mortalidade materna e a pandemia de covid-19 é explicada pela hesitação das gestantes em buscar cuidados, por medo da doença, e por barreiras financeiras e de transporte. O isolamento de gestantes em regiões distantes compromete a promoção do cuidado em situações graves, resultando na diminuição de consultas, suprimentos e profissionais de saúde, prejudicando a qualidade do atendimento. Esses fatores secundários evidenciam disparidades entre minorias e a população vulnerável (Osanan; Vidarte; Ludmir, 2020).

A pandemia, tanto diretamente quanto indiretamente, representou uma ameaça aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas, assim como ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, abrangendo o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, aborto e puerpério. O racismo, como determinante estrutural das condições de vida e do acesso aos serviços de saúde, se manifesta de maneira marcante na atenção obstétrica, carregando consigo um histórico de violências, torturas e experimentos nos corpos das mulheres negras, conhecido como racismo obstétrico (Davis, 2018; Góes, 2020). O racismo institucional influencia a decisão de buscar atendimento, colocando as mulheres negras em situações limite em relação às condições de saúde. Essas barreiras persistem ao longo do ciclo reprodutivo, afetando particularmente as mulheres negras, indígenas, residentes em áreas periféricas e mais jovens (Góes; Ferreira; Ramos, 2023).

6.5 Conclusão

O preenchimento do campo raça/cor representa uma preocupação grande quando se trata dos dados relacionados à infecção por covid-19, uma vez que a ausência completa do preenchimento deste campo nos registros de casos suspeitos impossibilita qualquer análise, visto que não há acesso público a esses dados nas bases nacionais.

Embora o quesito raça/cor da pele seja obrigatório e tenha sido considerado um indicador de qualidade nos sistemas de informação do SUS desde 2017, conforme estabelecido por meio de portaria do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a análise real do preenchimento deste campo nos sistemas de informação oficiais revela que ainda há um longo caminho a percorrer para alcançar um monitoramento adequado das disparidades raciais em saúde, tanto durante quanto fora da pandemia (Araújo; Nunes; Nisida, 2021).

Além da ausência do preenchimento do campo raça/cor na notificação, há a possibilidade de registro em um grupo racial ao qual o paciente não se identifique, já que, no Brasil, pessoas pardas de pele mais clara também podem ser consideradas ou identificadas como brancas, mas também é comum que pessoas de origem indígena e africana que apresentem fenótipos raciais ambíguos, sejam considerados

como pardos, que pode ser considerado um termo guarda-chuva ou, segundo Sueli Carneiro (2011), uma área cinzenta para pessoas cujas raízes muitas vezes são negadas. A questão é complexa e, conforme Osório (2003, p. 23), “pretos e pardos distinguem-se bastante dos brancos, mas virtualmente diferem pouco entre si em qualquer indicador de situação ou posição social que se possa imaginar”.

Além disso, há pesquisas que estabelecem uma conexão entre a cor da pele negra e desfechos maternos mais severos em mulheres com covid-19. Esses estudos também discutem a crise humanitária, a recusa em aceitar a ciência e as consequências preocupantes da pandemia no país, especialmente no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a influência do racismo obstétrico.

Há indícios de subnotificação, possivelmente relacionada à coleta de dados raciais, o que ressalta a necessidade de estratégias específicas de capacitação dos profissionais de saúde de Mato Grosso do Sul.

Os resultados da pesquisa destacam disparidades raciais, evidenciando que mulheres pardas podem ter sido mais afetadas pela covid-19. As desigualdades observadas na distribuição dos casos se refletem em várias categorias, como faixa etária, período de diagnóstico durante a gravidez, zona de residência e necessidade de cuidados hospitalares.

6.6 Referências

ALLOTEY, John; STALLINGS, Elena; BONET, Mercedes; YAP, Magnus; CHATTERJEE, Shaunak; KEW, Tania; DEBENHAM, Luke; LLAVALL, Anna Clavé; DIXIT, Anushka; ZHOU, Dengyi. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. **BMJ**, n. 370, 2020.

ANDRADE, Luis Henrique de; SANTOS, Gustavo Gonçalves dos; SORDI, Mônica Aparecida de Paula de; NUNES, Hélio Rubens de Carvalho; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Factors associated with the evolution of COVID-19 in pregnant women: a brazilian population-based study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. 1-9, 2023.

ARAÚJO, Edna Maria de; NUNES, Ana Paula; NISIDA, Vitor. A invisibilidade do racismo nos dados da covid-19. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE

COLETIVA. **População Negra e Covid-19**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2021. p. 39-41.

BAQUI, Pedro; BICA, Ioana; MARRA, Valerio; ERCOLE, Ari; SCHAAR, Mihaela van Der. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 8, p. e1018-e1026, 2020.

BERTOLOZZI, Thayla Bicalho; VENTURINI, Anna Carolina; SOUSA, Caio Jardim; LIMA, Márcia; MILANEZ, Jaciane. Covid-19 e raça no Brasil de 2020: uma observação de notícias, webinários e outras fontes. Informativo Desigualdades Raciais e Covid-19, **AFRO-CEBRAP**, n. 9, 2021. Disponível em: https://www.afrocebrap.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Informativo-9-Covid-19-e-rac%CC%A7a-no-Brasil-de-2020-uma-observac%CC%A7a%CC%83o-de-noti%CC%81cias-webina%CC%81rios-e-outras-fontes__.pdf. Acesso em: 5 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011. 190 p.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric Racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 7, p. 560-573, 2018.

FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FRANCO, Túlio Batista; HUBNER, Luiz Carlos. A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 516-526, jun. 2020.

GIOVANELLA, Ligia; MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana; BOUSQUAT, Aylene. 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, p. 895-901, 2020.

GÓES, Emanuelle Freitas. Discriminação interseccional: racismo institucional e violência obstétrica. In: BASTOS, Ana Cecília; PONTES, Vívian Volkmer (org.). **Nascer não é igual para todas as pessoas**. Salvador: EDUFBA, 2020. Cap. 18. E-book.

GÓES, Emanuelle Freitas; FERREIRA, Andrêa J.F.; RAMOS, Dandara. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na pandemia?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2501-2510, 2023.

LIMA, Marcia; MILANEZI, Jaciane; SOUSA, Caio Jardim; GUSMÃO, Hugo Nicolau Barbosa de; BERTOLOZZI, Thayla Bicalho. Desigualdades Raciais e Covid-19: o que a pandemia encontra no Brasil? **AFRO-CEBRAP**, n. 1, out. 2020. Disponível

em:
https://www.afrocebrap.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Afro_Informativo-1_final_-2.pdf. Acesso em: 5 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022 População por Cor ou Raça - Resultados do Universo**. 2022. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2022/universo-populacao-por-cor-ou-raca. Acesso em: 2 nov. 2023.

LIU, Hong; WANG, Li-Ling; ZHAO, Si-Jia; KWAK-KIM, Joanne; MOR, Gil; LIAO, Ai-Hua. Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. **Journal of Reproductive Immunology**, v. 139, n. 103122, p. 103122, 2020.

LOPES, Fernanda. Raça, saúde e vulnerabilidades. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 31, p. 7-11, dez. 2003.

MOREIRA, Rafael da Silveira. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 1-12, 2020.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; ANDREUCCI, Carla Betina; MENEZES, Mariane de Oliveira; KNOBEL, Roxana; TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo. Worldwide maternal deaths due to COVID-19: a brief review. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 148-150, ago. 2020.

OLIVEIRA, Karoline Faria de; OLIVEIRA, Jacqueline Faria de; WERNET, Monika; PASCHOINI, Marina Carvalho; RUIZ, Mariana Torreglosa. Vertical transmission and COVID-19: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 74, p. 1-11, 2021a.

OLIVEIRA, Karoline Faria de; OLIVEIRA, Jacqueline Faria de; WERNET, Monika; PASCHOINI, Marina Carvalho; RUIZ, Mariana Torreglosa. COVID-19 and pregnancy: a scoping review on pregnancy characteristics and outcomes. **International Journal Of Nursing Practice**, v. 27, n. 5, p. 1-15, 2021b.

OSANAN, Gabriel Costa; VIDARTE, Maria Fernanda Escobar; LUDMIR, Jack. Do not forget our pregnant women during the COVID-19 pandemic. **Women & Health**, v. 60, n. 9, p. 959-962, 2020.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. **O sistema classificatório de "cor ou raça" do IBGE: texto para discussão nº 996**. 2003. IPEA. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2958/1/TD_996.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

REIS, Ana Paula dos; GÓES, Emanuelle Freitas; PILECCO, Flávia Bulegon; ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de; DIELE-VIEGAS, Luisa Maria; MENEZES, Greice Maria de Souza; AQUINO, Estela M. L. Desigualdades de gênero

e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. esp. 4, p. 324-340, 2020.

ROBERTON, Timothy; CARTER, Emily D; CHOU, Victoria B; STEGMULLER, Angela R; JACKSON, Bianca D; TAM, Yvonne; SAWADOGO-LEWIS, Talata; WALKER, Neff. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 7, p. e901-e908, 2020.

RODRIGUES, Agatha Sacramento; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Síndrome Respiratória Aguda Grave em gestantes e puérperas [banco de dados]**, 2023, Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr). Disponível em: https://doi.org/10.7303/syn44678927. Acesso em: 31 ago. 2023.

RUIZ, Mariana Torreglosa; ANGOTTI, Hillary Florença Tobias; SILVA, Jéssica Aparecida da; BORGES, Érica Beatriz Oliveira; WERNET, Monika; FONSECA, Luciana Mara Monti; BUSSADORI, Jamile Claro de Castro; RESENDE, Cynthya Viana de. Gestações e nascimentos em tempos de COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. 1-9, out. 2024.

SCHELER, Carlos A.; DISCACCIATI, Michelle G.; VALE, Diama B.; LAJOS, Giuliane J.; SURITA, Fernanda; TEIXEIRA, Julio C. Mortality in pregnancy and the postpartum period in women with severe acute respiratory distress syndrome related to COVID‐19 in Brazil, 2020. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 155, n. 3, p. 475-482, 2021.

SEIF, Karl E.; TADBIRI, Hooman; MANGIONE, Mary; WOLFE, Alexa; WHITAKER, Kiara; DESAI, Andrea; TURAN, Sifa. The impact of trimester of COVID-19 infection on pregnancy outcomes after recovery. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 51, n. 7, p. 868-873, 2023.

TAKEMOTO, Maira L. S.; MENEZES, Mariane de O.; ANDREUCCI, Carla B.; NAKAMURA‐PEREIRA, Marcos; AMORIM, Melania M.R.; KATZ, Leila; KNOBEL, Roxana. The tragedy of COVID‐19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se uma invisibilidade na produção científica sobre a interseccionalidade de raça/cor nos estudos publicados sobre o tema. Além disso, as gestantes e puérperas pardas foram, possivelmente, o grupo racial mais afetado pela covid-19 no estado de Mato Grosso do Sul, o que indica que, esta intersecção de gênero e raça no acometimento culminou em maiores quantidades de casos graves e de hospitalização registrados para algumas faixas etárias, momentos gestacionais e puerpério. Isto sugere uma relação desses fatores com o contexto racial e social brasileiro, considerando as barreiras que essas mulheres enfrentam como a discriminação e dificuldades no acesso à saúde, educação e emprego.

Os achados do estudo apontam para desigualdades raciais, sugerindo que as mulheres de cor parda podem ter sido mais impactadas pela covid-19. As diferenças identificadas na distribuição dos casos são refletidas em diversos aspectos, como idade, momento do diagnóstico durante a gestação, local de moradia e necessidade de atendimento hospitalar. Além disso, é importante ressaltar que essas disparidades podem ser agravadas por fatores socioeconômicos e de acesso à saúde. Portanto, é crucial que políticas públicas sejam implementadas para mitigar essas desigualdades e garantir um atendimento de saúde equitativo para todos.

Existem ainda, sinais de subnotificação, que podem estar ligados à coleta de informações raciais, destacando a importância de estratégias direcionadas para a formação e capacitação dos profissionais de saúde em Mato Grosso do Sul.

As respostas e iniciativas de proteção social do Estado são necessárias diante dos impactos na vida das mulheres. As vulnerabilidades e as capacidades de enfrentamento a médio e longo prazos dependem do lugar social ocupado por elas, sendo que alguns marcadores sociais como classe social, raça/cor e idade são cruciais para uma compreensão mais aprofundada do contexto. A necessidade de políticas públicas para garantir direitos fundamentais é evidenciada, considerando que as reflexões interseccionais sobre as condições de vida destacam contextos que demandam ações integradas para enfrentar iniquidades e desigualdades sociais.

Adicionalmente, a análise da interseccionalidade de gênero e raça revela uma intrincada teia de desafios enfrentados pelas gestantes e puérperas pardas em Mato

Grosso do Sul durante a pandemia de covid-19. Essa interseção resultou não apenas em maior quantidade de casos graves e hospitalizações, mas também sublinha a necessidade de considerar fatores socioeconômicos específicos associados à discriminação racial e às desigualdades sociais e na saúde.

A falta de representação nas pesquisas científicas, aliada a essas disparidades observadas, destaca a urgência de estratégias abrangentes que não apenas abordem as questões de saúde, mas também considerem as barreiras sociais enfrentadas por essas mulheres.

Abordar a saúde e as desigualdades sociais e raciais das mulheres negras (pretas e pardas) no Brasil envolve várias estratégias, como o reconhecimento da desigualdade, ou seja, reconhecer que existem desigualdades de saúde significativas que afetam as mulheres negras no Brasil. Isso inclui taxas mais altas de mortalidade materna, menor acesso a cuidados de saúde de qualidade e maior prevalência de certas doenças. Além disso, é importante educar a população sobre essas desigualdades e promover a conscientização. Isso pode ser feito através de campanhas de saúde pública, programas educacionais e na mídia.

Políticas públicas podem ser implementadas para abordar essas desigualdades, podendo incluir melhor acesso a cuidados de saúde de qualidade, programas de apoio à saúde mental, e políticas de emprego e educação que ajudem a reduzir a pobreza e a desigualdade. Adicionalmente, mais pesquisas são necessárias para entender completamente as desigualdades de saúde que afetam as mulheres negras no Brasil. Isso inclui coleta de dados sobre raça e saúde, e pesquisa sobre as possíveis causas e soluções para essas desigualdades.

As mulheres negras devem ser empoderadas para defender seus próprios interesses de saúde. Isso pode ser feito através de programas de liderança e apoiando organizações comunitárias que trabalham para melhorar a saúde das mulheres negras. Também é importante considerar a interseccionalidade de raça, gênero e classe social ao abordar essas questões, pois as experiências de saúde das mulheres negras no Brasil são moldadas por sua identidade racial, seu gênero e sua posição socioeconômica.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **População negra e covid-19: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas**, 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/46338/. Acesso em: 30 fev. 2023.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza C. de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In*: NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap. 2. p. 13-36.

ALMEIDA, Marcela; SHRESTHA, Angela D.; STOJANAC, Danijela; MILLER, Laura J. The impact of the covid-19 pandemic on women's mental health. **Archives Of Women's Mental Health**, v. 23, n. 6, p. 741-748, 2020.

ALMEIDA, Leandro de; CARELLI, Pedro V.; CAVALCANTI, Nara Gualberto; NASCIMENTO, José-Dias do; FELINTO, Daniel. Quantifying political influence on covid-19 fatality in Brazil. **PLOS ONE**, v. 17, n. 7, p. 1-11, 2022.

ALLOTEY, John; STALLINGS, Elena; BONET, Mercedes; YAP, Magnus; CHATTERJEE, Shaunak; KEW, Tania; DEBENHAM, Luke; LLAVALL, Anna Clavé; DIXIT, Anushka; ZHOU, Dengyi. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. **BMJ**, n. 370, 2020.

ARMSTRONG, Martin. **It will take another 136 years to close the global gender gap**. 12 abr. 2021. Disponível em: https://www.weforum.org/agenda/2021/04/136-years-is-the-estimated-journey-time-to-gender-equality/. Acesso em: 30 jul. 2023.

ÁVILA, Vicente Fideles de; CAMPOS, Izaura Maria Moura; ROSA, Maria Wilma Casanova; FERRO, Regina de Fátima F. C.; PAULITSCH, Robinson Jorge. **Formação educacional em desenvolvimento local: relato de estudo em grupo e análise de conceitos**. 2ª ed. Campo Grande: Editora UCDB, 2001. 100 p.

ÁVILA, Vicente Fideles de. **Cultura de subdesenvolvimento e desenvolvimento local**. Sobral: Edições Uva, 2005. 115 p.

BADLEY, Graham. Academic writing: contested knowledge in the making? **Quality Assurance In Education**, v. 17, n. 2, p. 104-117, abr. 2009.

BAÍA, Nelson. **Raça, Classe e Poder: Uma Análise Interseccional do Preconceito no Brasil**. 2023. 62 p. E-book.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 116 p. E-book.

BATISTA, Alessandro Machado Franco; PINHA, Daniel. **Saúde é Desenvolvimento - O Complexo Econômico-Industrial da Saúde como opção estratégica nacional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021. 250 p.

BERNARDINI, Francesco; ATTADEMO, Luigi; ROTTER, Merrill; COMPTON, Michael T. Social Determinants of Mental Health As Mediators and Moderators of the Mental Health Impacts of the covid-19 Pandemic. **Psychiatric Services**, v. 72, n. 5, p. 598-601, 2021.

BERTHOLINI, Frederico. Brazil: “We Are All Going To Die One Day”. *In*: RINGE, Nils; RENNÓ, Lucio (ed.). **Populists and the Pandemic: How Populists Around the World Responded to Covid-19**. Londres: Routledge, 2022, p. 44-56.

BLUE, Stanley; SHOVE, Elizabeth; CARMONA, Chris; KELLY, Michael P. Theories of practice and public health: understanding (un)healthy practices. **Critical Public Health**, v. 26, n. 1, p. 36-50, 2014.

BOFF, Rogers Alexander; BARBOSA, Valéria Koch. O acirramento da violência doméstica contra a mulher no Brasil durante a pandemia da covid-19. **Trayectorias Humanas Trascontinentales**, n. 9, 2021.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de covid-19 no brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. 1, p. 1-16, 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 set. 2023.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Cap. 3. p. 55-77.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011. 190 p.

CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva. **Psicologia social do racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014. 192 p.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 4. p. 121-142.

CASA FLUMINENSE. **Mapa da desigualdade: Região metropolitana do Rio de Janeiro**. 2020. Disponível em: https://www.casafluminense.org.br/wp-content/uploads/2020/07/mapa-da-desigualdade-2020-final_compressed.pdf. Acesso em: 25 jan. 2021.

CAXILÉ, Carlos Rafael Vieira; VASCONCELOS, José Gerardo. Memória e legado da escravidão no Brasil: dilemas e paradoxos. *In*: VASCONCELOS, José Gerardo; XAVIER, Antônio Roberto (Orgs). **Pesquisas Pós-doutorais em história e memória da educação**. Fortaleza: Imprece, 2018. p. 63-73.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 365 p. E-book.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021. 288 p.

CORBIN, J. Hope. Health promotion research: thinking critically about knowledge production. **Health Promotion International**, v. 31, n. 4, p. 739-741, 2016.

COSTA, Tereza Cristina N. Araujo. O princípio classificatório “cor”, sua complexidade e implicações para um estudo censitário. **Revista Brasileira de Geografia**, v. 36, n. 3, p. 91-103, 1974.

COSTA, Wanderleya Nara Gonçalves. DISSERTAÇÕES E TESES MULTIPAPER: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. In: VIII SEMINÁRIO SUL-MATO-GROSSENSE DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO MATEMÁTICA, 2014, Campo Grande. **Anais do VIII SESEMAT.** Campo Grande: UFMS, 2014. v. 8, n. 1, p. 269-278. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/sesemat/issue/view/239. Acesso em: 23 set. 2023.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. **University Of Chicago Legal Forum**, v. 8, n. 1, p. 139-167, 1989.

CUCINOTTA, Domenico; VANELLI, Maurizio. WHO Declares covid-19 a Pandemic. **Acta Bio Medica Atenei Parmensis**, v. 91, n. 1, p. 157-160, 19 mar. 2020.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institutet För Framtidsstudier, 1991.

DOWBOR, Ladislau. **A reprodução social: Propostas para uma gestão descentralizada**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998. 263 p.

DOWBOR, Ladislau. **Gestão social e transformação da sociedade: Razões e ficções do desenvolvimento**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: Estudo de sociologia**. São Paulo: WMF Martins Fontes. 2016. E-book.

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico**. Petrópolis: Editora Vozes, 2020. E-book.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 28. p. 853-883.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: Editora EDUFBA. 2008. 194 p.

FERREIRA, Gustavo Assed; FERREIRA, Carolina Assed. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: trajetória e perspectivas. **Revista Direito em Debate**, v. 32, n. 59, p. 1-12, 15 jun. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil**. 3ª ed. 2021. 44 p. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-3ed/. Acesso em: 15 set. 2023.

FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; JURADO, Sonia Regina; ULIANA, Catchia Hermes; SILVA, Maria Eduarda Pascoaloto; NAGATA, Letícia Akie; MAIA, Anna Clara Freitas. Gravidez e infecção por Coronavírus: desfechos maternos, fetais e neonatais – Revisão sistemática. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, p. 1-15, 2020.

FURTADO, Celso. **Cultura e desenvolvimento em época de crise**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. 128 p.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manuel Santos de Varge; COSTA, Laís Silveira. O Complexo Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: Um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 7. p. 209-237.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GIBBS, Trevor. The covid-19 pandemic: provoking thought and encouraging change. **Medical Teacher**, v. 42, n. 7, p. 738-740, 2020.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981. 160 p.

GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA A AGENDA 2030. **VI Relatório da Sociedade Civil sobre a Implementação dos ODS no Brasil**. 2023.

108 p. Disponível em: https://gtagenda2030.org.br/relatorio-luz/relatorio-luz-2022/. Acesso em: 18 set. 2023.

HANCOCK, Ange-Marie. When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition: Examining Intersectionality as a Research Paradigm. **Perspectives on Politics**, v. 5, n. 1, p. 63–79, 2007.

HEARD, Emma; FITZGERALD, Lisa; WIGGINTON, Britta; MUTCH, Allyson. Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. **Health Promotion International**, v. 35, n. 4, p. 866-876, 2019.

HERINGER, Rosana. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S57-S65, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Quarto trimestre de 2019**. 14 fev. 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2019_4tri.pdf. Acesso em: 10 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Quarto Trimestre de 2022.** 24 fev. 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_4tri.pdf. Acesso em: 10 set. 2023.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **More than 4 million women have not been able to return to work in Latin America and the Caribbean**. 3 mar. 2023. Disponível em: https://www.ilo.org/caribbean/newsroom/WCMS_838549/lang--en/index.htm. Acesso em: 13 set. 2023.

ISLAM, M. Mofizul. Social Determinants of Health and Related Inequalities: confusion and implications. **Frontiers In Public Health**, v. 7, 2019.

INSTITUTE FOR WOMEN'S POLICY RESEARCH. **"She-flation"? What the Rise in Inflation Might Mean for Women**. 2022. Disponível em: https://iwpr.org/media/in-the-lead/she-flation-what-the-rise-in-inflation-might-mean-for-women/. Acesso em: 15 ago. 2023.

KO, Jean Y.; DESISTO, Carla L.; SIMEONE, Regina M.; ELLINGTON, Sascha; GALANG, Romeo R.; ODUYEBO, Titilope; GILBOA, Suzanne M.; LAVERY, Amy M.; GUNDLAPALLI, Adi V.; SHAPIRO-MENDOZA, Carrie K. Adverse Pregnancy Outcomes, Maternal Complications, and Severe Illness Among US Delivery Hospitalizations With and Without a Coronavirus Disease 2019 (covid-19) Diagnosis. **Clinical Infectious Diseases**, v. 73, n. 1, p. 24-31, 2022.

LAURELL, Asa Cristina. La Salud-Enfermedad como proceso social. **Cuadernos Médico Sociales**, n. 19, p. 1-11, 1982.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fabíola Lana. Regionalização da Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 27. p. 823-852.

LUNA, Florencia. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. **International Journal Of Feminist Approaches To Bioethics**, v. 2, n. 1, p. 121-139, 2009.

MARIO, Camila Gonçalves de. Determinantes Sociais da Saúde: apontamentos para uma abordagem crítica. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 28, n. 3, p. 1-18, 3 out. 2023.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006.

MATTA, Gustavo Corrêa; SOUTO, Ester Paiva; REGO, Sergio; SEGATA, Jean. A covid-19 no Brasil e as várias faces da pandemia. In: MATTA, Gustavo Corrêa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; SEGATA, Jean (org.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. 207 p.

MOREIRA, Lisandra Espíndula; ALVES, Júlia Somberg; OLIVEIRA, Renata Ghisleni de; NATIVIDADE, Cláudia. Mulheres em tempos de pandemia: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020.

MUTTI, Gabriele de Sousa Lins; KLÜBER, Tiago Emanuel. Tese no formato multipaper: desvelando uma possibilidade na perspectiva fenomenológica de investigação. **Revista Paradigma**, v. 43, n. 2, p. 36-58, 2022.

NASCIMENTO, Abdias. **O Genocídio do Negro Brasileiro: Processo de um Racismo Mascarado**. 3ª ed. São Paulo: Perspectivas, 2016. 232 p.

NORDHUES, Hannah C.; BHAGRA, Anjali; STROUD, Natya N.; VENCILL, Jennifer A.; KUHLE, Carol L. Covid-19 Gender Disparities and Mitigation Recommendations: a narrative review. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 96, n. 7, p. 1907-1920, 2021.

ONU MULHERES. **Gênero e covid-19 na América Latina e no Caribe: Dimensões de gênero na resposta**. Brasília: ONU, 2020. 3 p. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health : final report of the**

commission on social determinants of health. 2008. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf. Acesso em: 11 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011. 56 p. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf. Acesso em: 1 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Social determinants of health**. 2022. Sessão 148, Item 16. 22 jan. 2021. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R2-en.pdf. Acesso em: 30 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Beijing Declaration and Plataform for Action Adopted by the Fourth World Conference on Women: Action for Equality, Development and Peace**. 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção e controle de infecção durante os cuidados de saúde quando houver suspeita de infecção pelo novo coronavírus (nCoV)**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, p. 1-5, 25 jan. 2020. Diretrizes provisórias. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51910. Acesso em: 3 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Diretora da OPAS alerta que danos causados pela covid-19 afetam desproporcionalmente mulheres**. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/3-2-2021-diretora-da-opas-alerta-que-danos-causados-pela-covid-19-afetam. Acesso em: 3 ago. 2023.

PALTRIDGE, Brian. Thesis and dissertation writing: an examination of published advice and actual practice. **English For Specific Purposes**, v. 21, n. 2, p. 125-143, 2002.

PERES, Ana Cláudia. Elas Resistem: Como a pandemia impacta a vida das mulheres brasileiras e de onde vêm as múltiplas formas de resiliência. **RADIS Comunicação e Saúde**, n. 213, jun. 2020. Disponível em:https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41753. Acesso em: 29 ago. 2022.

REIMERS, Fernando M. (ed.). **Primary and Secondary Education During covid-19: Disruptions to Educational Opportunity During a Pandemic**. Cham: Springer, 2022. 467 p.

ROCHA, Rosely. **Mais de 70% das vagas de trabalho perdidas em 2020 eram ocupadas por mulheres**, CUT, 2022. Disponível em: https://www.cut.org.br/noticias/mais-de-70-das-vagas-de-trabalho-perdidas-em-2020-eram-ocupadas-por-mulheres-d88c. Acesso em: 12 set. 2023.

RONDELLI, Giuliana; JARDIM, Danúbia; HAMAD, Graziela; LUNA, Erika; MARINHO, Wilson; MENDES, Larissa; SOUZA, Kleyde; GRATÃO, Lúcia. Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção covid-19: Uma revisão sistemática. **Desafios**, v. 7, n. 3, p. 48-74, 2020.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; NERY, Joilda Silva; GÓES, Emanuelle Freitas; SILVA, Alexandre da; SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; BATISTA, Luís Eduardo; ARAÚJO, Edna Maria de. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020.

SARMENTO, Daniel. Igualdade constitucional: Uma leitura. *In*: CRUZ, Adriana; SARMENTO, Daniel; RIOS, Roger Raupp. **Desigualdade, o flagelo do Brasil**. Ribeirão Preto: Migalhas, 2022. 908 p. E-book.

SENTILHES, Loïc; MARCILLAC, Fanny de; JOUFFRIEAU, Charlotte; KUHN, Pierre; THUET, Vincent; HANSMANN, Yves; RUCH, Yvon; FAFI-KREMER, Samira; DERUELLE, Philippe. Coronavirus disease 2019 in pregnancy was associated with maternal morbidity and preterm birth. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 223, n. 6, p. 914.e1-914.e15, 2020.

SKALINSKI, Lacita Menezes; PRAXEDES, Walter Lúcio de Alencar. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. **Acta Scientiarum**: Human and Social Sciences, v. 25, n. 2, p. 305-316, 2003.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Genebra: World Health Organization, 2010. 76 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489. Acesso em: 26 ago. 2023.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de covid-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 2469-2477, 2020.

SOUZA, Kleyde Ventura de; SCHNECK, Søndre; PENA, Érica Dumont; DUARTE, Elysângela Dittz; ALVES, Valdecyr Herdy. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de covid-19: O que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 1-7, 2020.

SOUZA, Lídia de Jesus; FARIAS, Rita de Cássia Pereira. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, n. 144, p. 213-232, 2022.

SYLVESTER, Shirley V.; RUSU, Rada; CHAN, Biankha; BELLOWS, Martha; O'KEEFE, Carly; NICHOLSON, Susan. Sex differences in sequelae from covid-19 infection and in long COVID syndrome: a review. **Current Medical Research And Opinion**,, v. 38, n. 8, p. 1391-1399, 2022.

TELLES, Cristina. Direito à igualdade de gênero: Uma proposta de densificação do art. 5º, I, da Constituição de 1988. *In*: CRUZ, Adriana; SARMENTO, Daniel; RIOS, Roger Raupp. **Desigualdade, o flagelo do Brasil**. Ribeirão Preto: Migalhas, 2022. 908 p. E-book.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da ouvidoria ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 6. p. 183-206.

TSAI, Ping-Hsing; LAI, Wei-Yi; LIN, Yi-Ying; LUO, Yung-Hung; LIN, Yi-Tsung; CHEN, Hsiao-Kang; CHEN, Yuh-Min; LAI, Yi-Chun; KUO, Li-Chiao; CHEN, Shew-Dan. Clinical manifestation and disease progression in covid-19 infection. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 84, n. 1, p. 3-8, 2020.

VILLAR, José; ARIFF, Shabina; GUNIER, Robert B. *et al*. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without covid-19 Infection. **Jama Pediatrics**, v. 175, n. 8, p. 817-826, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing – 5 May 2023**. 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023. Acesso em: 6 maio 2023.

XIA, Yang; LI, Qin; LI, Wen; SHEN, Huahao. Elevated mortality of chronic diseases during covid-19 pandemic: a cause for concern?. **Therapeutic Advances In Chronic Disease**, v. 11, 2020.

ZHANG, Haibo; PENNINGER, Josef M.; LI, Yimin; ZHONG, Nanshan; SLUTSKY, Arthur S. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) as a SARS-CoV-2 receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target. **Intensive Care Medicine**, v. 46, n. 4, p. 586-590, 2020.

ANEXO I. FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

Nº

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO- 23/03/2021

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). **Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.**

Dados do Paciente

1 Data do preenchimento da ficha de notificação: __|__|____ | 2 Data de 1ºs sintomas __|__|____

3 UF: __|__ | 4 Município:_____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__

5 Unidade de Saúde: _____ Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__

6 Tem CPF? (Marcar X) |__|Sim |__| Não | 7 CPF: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

8 Estrangeiro (Marcar X) |__|Sim |__| Não

9 Cartão Nacional de Saúde (CNS): __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

10 Nome: _____ | 11 Sexo: |__| 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign

12 Data de nascimento: __|__|____ | 13 (Ou) Idade: __|__|__ 1-Dia 2-Mês 3-Ano |__| | 14 Gestante: |__| 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado

15 Raça/Cor: |__| 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

16 Se indígena, qual etnia?_____

17 É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) |__|Sim |__|Não | 18 Se sim, qual?_____

19 Escolaridade: |__| 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2- Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado

20 Ocupação: _____ | 21 Nome da mãe:_____

Dados de residência

22 CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__

23 UF: __|__ | 24 Município: _____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__|__

25 Bairro: _____ | 26 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____ | 27 Nº: _____

28 Complemento (apto, casa, etc...): _____ | 29 (DDD) Telefone: __|__ - __|__|__|__|__|__|__|__|__

30 Zona: |__| 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado | 31 País: (se residente fora do Brasil) _____

Dados Clínicos e Epidemiológicos

32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? |__| 1-Sim 2-Não 9-ignorado

33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? |__| 1-Sim 2-Não |__|3- Outro, qual_____ 9-ignorado

34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado |__| Febre |__| Tosse |__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__| Desconforto Respiratório |__| Saturação O_2< 95% |__| Diarreia |__| Vômito |__|Dor abdominal |__| Fadiga |__| Perda do olfato |__| Perda do paladar |__|Outros_____

35 Possui fatores de risco/comorbidades? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X)
|__| Puérpera (até 45 dias do parto) |__| Doença Cardiovascular Crônica |__| Doença Hematológica Crônica
|__| Síndrome de Down |__| Doença Hepática Crônica |__| Asma
|__| Diabetes *mellitus* |__| Doença Neurológica Crônica |__| Outra Pneumopatia Crônica
|__| Imunodeficiência/Imunodepressão |__| Doença Renal Crônica |__| Obesidade, IMC |_____|
|__| Outros _____

36 Recebeu vacina COVID-19? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 37 Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1ª dose: _____|_____|_____ Data da 2ª dose: _____|_____|_____

38 Laboratório Produtor vacina COVID-19: _____ | 39 Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª Dose_____ Lote 2ª Dose_____

40 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 41 Data da vacinação: _____|_____|_____

Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: ____|____|_____
a mãe amamenta a criança? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Se >= 6 meses e <= 8 anos:
Data da dose única 1/1: ____|____|_____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)
Data da 1ª dose: ____|____|_____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)
Data da 2ª dose: ____|____|_____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez

Dados de Atendimento

42	Usou antiviral para gripe? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? |__| 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique:_____	44	Data início do tratamento: ____|____|_____
45	Houve internação? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: ____|____|_____	47	UF de internação: __|__
48	Município de internação: _____ Código (IBGE):__|__|__|__|__|__|__				
49	Unidade de Saúde de internação:_____ Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__				
50	Internado em UTI? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: ____|____|_____	52	Data da saída da UTI: ____|____|_____
53	Uso de suporte ventilatório: |__| 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: |__| 1-Normal 2-Inflitrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro:_____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: ____|____|_____
56	Aspecto Tomografia|__| 1-Tipico covid-19 2- Indeterminado covid-19 3- Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro_____ 6-Não realizado 9-Ignorado	57	Data da tomografia: ____|____|_____		
58	Coletou amostra |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: ____|____|__	60	Tipo de amostra: |__| 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido *post-mortem* 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado

Dados Laboratoriais

61	Nº Requisição do GAL: _____	62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: |__| 1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico
63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: ___|____|___	64	Resultado da Teste antigênico: |__| 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____ Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__		
66	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? |__| 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) |__| SARS-CoV-2 |__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Adenovírus |__| Outro vírus respiratório, especifique: _____		
67	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular: |__| 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	68	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____|____|_____
69	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? |__| 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? |__| 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? |__| 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) |__| SARS-CoV-2 |__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Parainfluenza 4 |__| Adenovírus |__| Metapneumovírus |__| Bocavírus |__| Rinovírus |__| Outro vírus respiratório, especifique: _____		
70	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__		
71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: |__| 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	72	Data da coleta: ____|____|_____
73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: |__| 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4- Outro, qual?_____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: |__| IgG |__|IgM |__|IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9 Ignorado	74	Data do resultado: ____|____|_____

Conclusão

75	Classificação final do caso: |__| 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual_____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19			76	Critério de Encerramento:|__| 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem
77	Evolução do Caso:|__| 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	78	Data da alta ou óbito:___|___|___	79	Data do Encerramento: ____|____|_____
80	Número D.O: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| - |__|				
81	OBSERVAÇÕES:				
82	Profissional de Saúde Responsável: _____			83	Registro Conselho/Matrícula: __|__|__|__|__|__|__

ANEXO II. FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica 16/08/2021

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.
Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

IDENTIFICAÇÃO

Município de Notificação:_____		**UF de notificação:** |__|__|	**Data da Notificação:** ___|___|____
Tem CPF? *(Marcar X)* |__|Sim |__|Não	**Estrangeiro:** *(Marcar X)* |__| Sim |__|Não	**Profissional de saúde:** *(Marcar X)* |__| Sim |__|Não	**Profissional de segurança:** *(Marcar X)* |__| Sim |__|Não
CPF: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__	**CNS:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__		**Passaporte:** __|__|__|__|__|__|__|__|__
Ocupação (CBO):			
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento: ____|____|_____	**País de origem:**		
Sexo: *(Marcar X)* |__|Masculino |__|Feminino	**Raça/Cor:** *(Marcar X)* |__| Branca |__| Preta |__|Amarela |__|Parda |__|Ignorado |__|Indígena Se indígena, informar etnia:_____		
É membro de povo ou comunidade tradicional? *(Marcar X)* |__| Sim |__|Não	***Se sim, qual?*** _____		
Estado de residência: |__|__|	**Município de Residência:** _____		**CEP:** __|__|__|__|__-__|__|__
Logradouro:		**Número:**	**Bairro:**
Complemento:			
Telefone 1:		**Telefone 2:**	
E-mail:			

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM

Estratégia: *(Marcar X)*	|__| Diagnóstico assistencial (sintomático)	|__| Busca ativa de assintomático |__| Triagem de população específica
Se busca ativa de assintomático: *(Marcar X)*	|__| Monitoramento de contatos |__| Investigação de surtos |__| Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) |__| Outro: _____	***Se triagem de população específica:*** *(Marcar X)* |__| Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos |__| Profissionais de saúde |__| Gestantes e puérperas |__| Povos e comunidades tradicionais |__| Outro: _____
Local de realização da testagem: *(Marcar X)*	|__| Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) |__| Local de trabalho |__| Aeroporto |__| Farmácia ou drogaria |__| Escola |__| Domicílio ou comunidade |__| Outro: _____	

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Sintomas: *(Marcar X)* \|__\| Assintomático \|__\| Febre \|__\| Dor de Garganta \|__\| Dispneia \|__\| Tosse \|__\| Coriza \|__\| Dor de Cabeça \|__\| Distúrbios gustativos \|__\| Distúrbios olfativos \|__\| Outros_____

Data do início dos sintomas: ___\|___\|____

Condições: *(Marcar X)*

\|__\| Doenças respiratórias crônicas descompensadas
\|__\| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
\|__\| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica
\|__\| Doenças cardíacas crônicas
\|__\| Puérpera (até 45 dias do parto)
\|__\| Imunossupressão
\|__\| Outros_____
\|__\| Diabetes
\|__\| Gestante
\|__\| Obesidade

Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.

Recebeu vacina Covid-19? *(Marcar X)* |__| Sim |__|Não	*Se recebeu vacina Covid-19, informar:*	Dose	Data da vacinação	Laboratório produtor da vacina	Lote da vacina
		1ª dose	___|___|____		
		2ª dose	___|___|____		

EXAMES LABORATORIAIS

Tipo de teste	Estado do teste	Data da coleta	Resultado
RT-PCR	|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Não Solicitado	___|___|___	|__|Não detectável |__|Detectável |__|Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Não Solicitado	___|___|___	|__|Não detectável |__|Detectável |__|Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Não Solicitado	___|___|___	|__|Não reagente |__| Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Não Solicitado	___|___|___	|__|Não reagente |__| Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Não Solicitado	___|___|___	|__|Não reagente |__| Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Não Solicitado	___|___|___	|__|Não reagente |__| Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Não Solicitado	___|___|___	|__|Não reagente |__| Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Não Solicitado	___|___|___	|__|Não reagente |__| Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado

EXAMES LABORATORIAIS					
Tipo de teste	**Estado do teste**	**Data da coleta**	**Fabricante**	**Lote**	**Resultado**
Teste rápido de antígeno	|__| Solicitado |__| Concluído |__| Coletado |__| Não Solicitado	___|___|___			|__|Não reagente |__| Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO		
Evolução do caso: *(Marcar X)*	**Classificação final:** *(Marcar X)*	**Data de encerramento:**
|__|Cancelado |__|Em tratamento domiciliar |__|Cura |__|Internado |__|Internado em UTI |__|Óbito |__|Ignorado	|__| Descartado |__| Confirmado Clínico-Imagem |__| Confirmado Clínico-Epidemiológico |__| Confirmado Por Critério Clínico |__| Confirmado Laboratorial |__| Síndrome Gripal Não Especificada	____|____|_____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

RASTREAMENTO DE CONTATOS							
ID do caso Fonte (preenchido automaticamente pelo sistema)	**ID do contato** *(preenchido automaticamente pelo sistema)*	**Nome completo do contato**	**CPF do contato**	**Telefone 1**	**Telefone 2**	**Relação com o caso** *[1] Domiciliar; [2] Familiar (extradomiciliar); [3] Laboral; [4] Escolar; [5] Evento Social; [6] Outros.*	**Data do último contato**
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	