

Avaliação do acesso à Saúde da Mulher na Região Nordeste do Brasil em tempos de pandemia da COVID-19

Assessment of access to Women's Health in the Northeast Region of Brazil in time of the COVID-19 pandemic

Evaluación del acceso a la Salud de las Mujeres en la Región Nordeste de Brasil en tiempos de pandemia de COVID-19

Recebido: 16/06/2022 | Revisado: 24/06/2022 | Aceito: 28/06/2022 | Publicado: 07/07/2022

Juliana Pereira de Lucena Menezes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4814-7576>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: juliana.pereira98@souunit.com.br

Rebeca Feitosa Dória Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7147-6212>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: rebekafeitosa@hotmail.com

Joanna Sousa da Fonsêca Santana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5761-6645>
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil
E-mail: joannasfsantana@gmail.com

Cássia Fernanda dos Santos Rosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2141-3579>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: cassiafernandasr@hotmail.com

Carmem Isaura Salles do Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3000-8340>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: carmem.salles9@gmail.com

Adrielle Karolina Ribeiro Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4457-671X>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: adriellekrlima@gmail.com

Gabriela de Queiroz Fontes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2014-7686>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: gabrielaqfontes@hotmail.com

Maria Eduarda Pereira Dantas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4704-4492>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: maria.epereira@souunit.com.br

Marina de Pádua Nogueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3936-7470>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: marinapnogueira@yahoo.com.br

Resumo

Objetivos: Essa pesquisa tem como objetivo analisar o impacto da pandemia pela COVID-19 no acesso à saúde íntima da mulher na região Nordeste do Brasil. Métodos: Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, feito por meio de questionário online próprio, com mulheres nordestinas a partir dos 18 anos de idade. O cálculo amostral foi realizado através da equação derivada da estimativa de parâmetro populacional, encontrando um "n" mínimo de 385 pessoas. O formulário foi divulgado através das redes sociais, com a participação de 463 mulheres. Resultados: O perfil sociodemográfico da pesquisa foi composto majoritariamente por mulheres brancas (52,3%), de faixa etária entre 18-24 anos (47,5%) e que possuíam plano de saúde (78,4%). Sobre as 100 mulheres que não tinham acesso à saúde suplementar, 56% dependiam exclusivamente do SUS. Das 463 participantes, 63,8% se consultaram durante a pandemia, 33% não se consultaram e 3,2% marcaram a consulta, mas ainda não tinham ido. Dentre as que dependiam exclusivamente do SUS, 67,3% não foram atendidas, uma porcentagem aproximadamente duas vezes maior do que a

da amostra geral. Quanto às mulheres que compareceram aos atendimentos, 44,5% enfrentaram alguma dificuldade de acesso à consulta, e 84,3% dessas limitações surgiram ou pioraram por conta da pandemia. Conclusão: Ainda que a maioria das participantes possuía boas condições financeiras, um terço delas não se consultou durante a pandemia. Por diversos fatores, é notório que esse período impactou negativamente a saúde da mulher, reduzindo o número de consultas e aumentando as dificuldades de acesso.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Pandemias; COVID-19.

Abstract

Objectives: This research aims to analyze the impact of the pandemic by COVID-19 on access to intimate health of women in the Northeast region of Brazil. **Methods:** This is an observational, cross-sectional, and descriptive study, through its online questionnaire, with northeastern women from 18 years of age. The sample calculation was performed using the population parameter estimate equation, finding a minimum "n" of 385 people. The form was published through social networks, with the participation of 463 women. **Results:** The profile socio-demographic study was composed chiefly of white women (52.3%), between 18-24 years old (47.5%), and had health insurance (78.4%). Of the 100 women who did not have access to supplementary health, 56% depended exclusively on the SUS. Of the 463 participants, 63.8% consulted during the pandemic, 33% did not see, and 3.2% made appointments but had not yet gone. Among those that depended exclusively on the SUS, 67.3% were not attended, a percentage approximately twice as high as that of the general sample. As for the women who attended the visits, 44.5% faced some difficulty in accessing the consultation, and 84.3% of these limitations arose or worsened because of the pandemic. **Conclusion:** Although most participants had good conditions, one-third did not consult during the pandemic. Due to several factors, it is notorious that this period negatively impacted women's health, reducing the number of queries and increasing access difficulties.

Keywords: Women's health; Pandemics; COVID-19.

Resumen

Objetivos: Esta investigación tiene como objetivo analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a la salud íntima de mujeres en la región Nordeste de Brasil. **Métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo, realizado por a través de su propio cuestionario, con mujeres del noreste a partir de los 18 años de edad. Se realizó el cálculo de la muestra a través de la ecuación derivada de la estimación del parámetro poblacional, encontrando un "n" de 385 personas. El formulario fue publicado a través de las redes sociales, con la participación de 463 mujeres. **Resultados:** El perfil sociodemográfico de la investigación estuvo compuesto principalmente por mujeres blancas (52,3%), entre 18-24 años (47,5%) y que tenían seguro de salud (78,4%). De las 100 mujeres que no tuvieron acceso a la salud complementaria, el 56% dependía exclusivamente del SUS. De las 463 participantes, el 63,8% consultó durante la pandemia, el 33% no vio y el 3,2% hizo la cita, pero aún no se había ido. Entre las que dependían exclusivamente del SUS, el 67,3% no fueron atendidos. En cuanto a las mujeres que asistieron a las visitas, el 44,5% enfrentó alguna dificultad para acceder a la consulta, y el 84,3% de estas limitaciones surgió o empeoró a causa de la pandemia. **Conclusión:** Aunque la mayoría de las participantes tienen buenas condiciones, un tercio de ellas no consultó durante la pandemia. Debido a varios factores, es notorio que este período impactó negativamente en la salud de las mujeres.

Palabras clave: Salud de la mujer; Pandemias; COVID-19.

1. Introdução

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil obteve avanços consideráveis na área da saúde (Lima et al., 2018). Nos últimos 30 anos, com a expansão da rede pública e, principalmente, das Unidades de Atenção Básica, houve uma ampliação do acesso às consultas médicas e uma diminuição das internações hospitalares (Souza et al., 2019; Viacava et al., 2018). No entanto, mesmo com o aumento da disponibilidade de serviços no país, a herança histórica da ausência de investimentos no Nordeste brasileiro e a implementação não homogênea das políticas públicas contribuíram para que, no ano de 2019, ainda existisse uma escassez de profissionais da saúde na rede pública e uma desigualdade quanto ao acesso e à qualidade do serviço (Souza et al., 2019; Fundação Oswaldo Cruz, [s.d.], parágrafo 1).

Somada à dificuldade preexistente de acesso à saúde no país, a pandemia causada pelo coronavírus veio para dificultar algo que já estava aquém do ideal. No final do ano de 2019, um novo coronavírus foi identificado como a etiologia de um grupo de casos de pneumonia na China (Mcintosh, 2022). Devido a sua rápida disseminação, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a COVID-19 como uma pandemia, com mais de 118 mil casos em 114 países e 4,2 mil mortes até aquele momento (OPAS, 2020).

Com o objetivo de reduzir o número de doentes e barrar a disseminação das infecções, protocolos de isolamento foram implementados e a circulação da população foi limitada (Schmidt et al., 2020). Por conta da apreensão de se contaminar, os cidadãos passaram a julgar situações, inclusive queixas médicas, e estabeleceram prioridades para sair de casa. Isso, somado à alteração do funcionamento das atividades clínicas eletivas, contribuiu para a diminuição da oferta e da procura pelo atendimento médico voltado para as outras áreas que não envolvessem diretamente a COVID-19, entre elas, a saúde da mulher (Oliveira et al., 2020).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX e, ao longo dos anos, sofreu adaptações (Brasil, 2011). Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual tem como objetivo a promoção do acesso à consulta ginecológica; planejamento familiar; pré-natal; diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), do câncer de colo de útero e de mama (Brasil, 2011).

Por conta da pandemia da COVID-19, a utilização dos serviços de saúde sofreu um impacto negativo, acarretando na desativação temporária de atividades consideradas essenciais, incluindo àquelas garantidas pelo PNAISM. O que influencia negativamente toda uma cadeia de rastreio, diagnóstico, seguimento e melhoria da qualidade de vida promovida pela assistência à mulher (Al, 2020; Milanez et al., 2020; Quintana, [s.d.]).

Devido à escassez de trabalhos envolvendo essa problemática e a grande importância que a consulta ginecológica e obstétrica tem para a garantia da qualidade de vida e redução da morbimortalidade da população feminina, este artigo busca fornecer aos profissionais e gestores da área da saúde informações sobre como a pandemia da COVID-19 afetou a procura e o acesso às consultas direcionadas para a área da saúde da mulher na Região Nordeste do Brasil.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado por meio de questionário online próprio, colhido no período de março a maio de 2022.

Como critérios de inclusão, a pesquisa abordou mulheres que residem na região Nordeste, com idade a partir dos 18 anos, e que concordaram em participar da pesquisa após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Toda a população selecionada estava apta a participar da pesquisa, não havendo critérios de exclusão.

Para achar o tamanho da amostra necessária, foi realizado o cálculo amostral através da equação derivada da estimativa de parâmetro populacional: $n = N \cdot z^2 \cdot p(1-p) / z^2 \cdot p(1-p) + e^2 \cdot (N-1)$ (n = amostra calculada). Considerando que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a projeção da população de mulheres acima de 18 anos da Região Nordeste no ano de 2022 é estimada em 6.410.861 pessoas, o N da equação foi igual a 6.410.861. Foi adotado erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. O número mínimo da amostra encontrado foi de 385 participantes. Ao final do estudo, a quantidade atingida foi de 463 mulheres.

O questionário online, de autoria própria, era anônimo, autoaplicável, disponível no formato de Formulário Google e divulgado através das redes sociais. Ele apresentava quatro seções: a primeira, para a participante confirmar que fazia parte do público alvo da pesquisa; a segunda, com a exposição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; a terceira, com 15 questões que colhiam os dados sociodemográficos; a quarta, com 41 questões contendo variáveis relacionadas diretamente à procura e ao acesso às consultas médicas voltadas para a saúde da mulher. As questões referidas foram mescladas com respostas de “sim ou não”, múltipla escolha, objetivas e subjetivas.

Para o referencial teórico e revisão de literatura, foram selecionados artigos disponíveis nas bases de dados Uptodate, Google Scholar, Scielo, e documentos disponíveis pelo Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Organização Mundial da Saúde e IBGE. Ao todo, 31 trabalhos foram escolhidos, aplicando como critério de inclusão a relevância dentro da

temática abordada.

As análises estatísticas foram realizadas através do software R, versão 4.0.4 (THE R CORE TEAM, 2021), com análise descritiva para caracterizar a amostra em estudo. As Variáveis categóricas foram descritas por meio de suas frequências absolutas e relativas. Já as variáveis quantitativas foram expostas em média, desvio padrão, valor mínimo e máximo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes/SE com o CAAE: 49031421.2.0000.5371.

3. Resultados

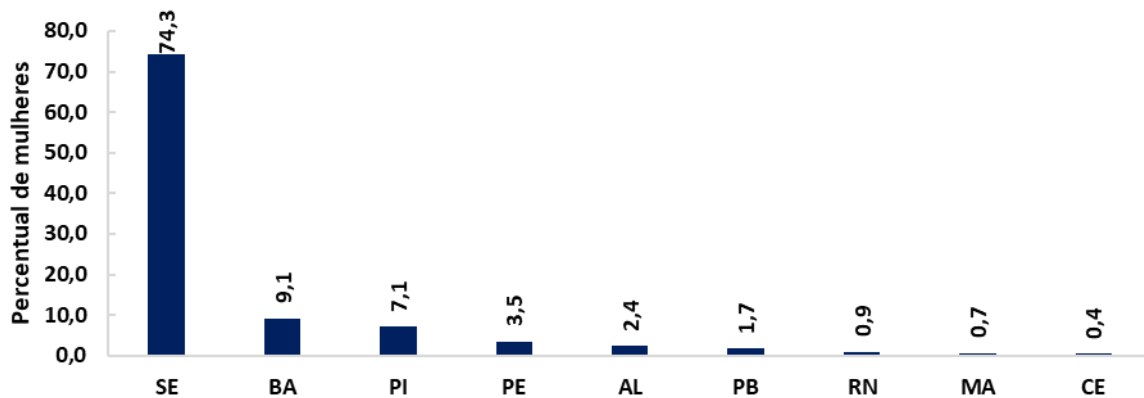
Perfil sociodemográfico da amostra

Das 463 participantes da pesquisa, a maioria é branca (52,3%), possui faixa etária entre 18-24 anos (47,5%), reside no Estado de Sergipe (74,5%) e está cursando ou já concluiu o ensino superior (92%). Aproximadamente 82,7% da amostra tem vida sexual ativa e 66,1% são solteiras.

A respeito do uso da saúde suplementar, 78,4% (n = 363) têm plano de saúde. Dentre as 100 mulheres que não têm plano, 56% (n = 56) dependem exclusivamente do SUS.

Quanto à renda, 42,1% (n = 195) não recebem salário pois são estudantes, 14,7% (n = 68) tem uma renda entre 4-9 salários mínimos (4.400 – 9.900 reais), 11,7% (n = 54) ganham entre 1 – 2 salários mínimos (1.100 – 2.200 reais) e 10,4% (n = 48), até 1 salário mínimo (\leq 1.100 reais). Os dados mais detalhados podem ser vistos a seguir no Gráfico 1 e na Tabela 1.

Gráfico 1. Distribuição percentual dos Estados do Nordeste na pesquisa.



Fonte: Autores (2022).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da pesquisa.

Variável/Categoria	Frequência	Percentual (%)
Faixa etária		
18 - 24	220	47,5
25 - 30	105	22,7
31 - 42	65	14
43-59	63	13,6
≥ 60	10	2,1
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto/completo	3	0,7
Ensino médio incompleto/completo	34	7,3
Ensino superior incompleto/completo	426	92,0
Cor/etnia		
Branca	242	52,3
Parda	172	37,1
Negra	29	6,2
Amarela	13	2,8
Indígena	3	0,6
Sem declaração	4	0,9
Renda mensal		
Até 1 salário mínimo	48	10,4
Até 2 salários mínimos	54	11,7
De 3 a 4 salários mínimos	33	7,1
De 4 a 9 salários mínimos	68	14,7
Maior ou igual a 10 salários mínimos	33	7,1
Desempregada	32	6,9
Não recebo salário pois sou estudante	195	42,1
Estado civil		
Casada	93	20,1
Divorciada	25	5,4
Solteira	306	66,1
União estável	39	8,4
Tem plano de saúde?		
Não	100	21,6
Sim	363	78,4
Depende exclusivamente do SUS?		
Não	407	87,9
Sim	56	12,1
Tem vida sexual ativa?		
Não	80	17,3
Sim	383	82,7

Fonte: Autores (2022).

Acesso à saúde íntima durante a pandemia

Com relação ao acesso à consulta com o ginecologista e obstetra ou médico da Atenção Primária à Saúde (APS) para cuidar da saúde íntima, 63,8% (n = 278) se consultaram durante a pandemia, 33% (n = 144) não se consultaram e 3,2% (n = 14) marcaram a consulta, mas ainda não tinham ido. Ao considerar somente a parte da amostra que dependia exclusivamente do SUS (n = 56), 67,3% (n = 37) não buscaram ajuda médica para tratar da saúde íntima ao longo deste período.

Após serem questionadas sobre o costume de ir aos atendimentos ginecológicos ou obstétricos antes da pandemia, 68,6% (n= 318) apontaram que tinham o hábito de se consultar pelo menos uma vez ao ano. O que mostra uma redução dessa prática durante a pandemia.

Mulheres que não se consultaram

Das 144 mulheres que não se consultaram, 62,5% (n = 90) possuíam plano de saúde e 37,5% (n = 54) ou dependiam exclusivamente do SUS ou precisariam pagar pelo serviço médico.

As principais justificativas apontadas para o não comparecimento à consulta durante a pandemia foram: “Não fui pois não tinha queixa” (38,9%), “Não achei que ir para a consulta fosse tão importante no momento” (20,1%) e “Medo de sair de casa e me contaminar com a COVID-19” (19,4%). Da quantidade total dos motivos, pelo menos 36,8% surgiram por conta da pandemia. As razões tanto de quem era SUS dependente quanto de quem tinha condições financeiras mais favoráveis foram semelhantes. Os demais motivos estão apontados na Tabela 2 abaixo:

Tabela 2. Justificativas das mulheres que não se consultaram.

Variável/Categoria	Frequência	Percentual (%)
O que te impediu de procurar o ginecologista e obstetra ou o médico da APS?		
Não fui pois não tinha queixa	56	38,9
Não achei que ir para a consulta de rotina em ginecologia fosse tão importante no momento	29	20,1
Medo de sair de casa e me contaminar com a COVID – 19	28	19,4
Não achei que realizar exames de rotina (exemplo: ultrassom, mamografia, exame “Papanicolau”) neste período de pandemia fosse tão importante	21	14,6
Não fui, pois me considero saudável	20	13,9
Não consegui agendar a consulta no momento	19	13,2
O tempo de espera para a consulta é muito grande (período \geq 6 meses de espera)	18	12,5
Estava com dificuldades financeiras para pagar a consulta particular naquele momento	17	11,8
Não tive tempo para ir para a consulta	14	9,7
Tenho vergonha de ir ao ginecologista e obstetra	8	5,6
Tenho medo de detectar algum problema de saúde	8	5,6
O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas	6	4,2
Não tenho fácil acesso à um ginecologista e obstetra ou outro médico que atue na saúde da mulher	6	4,2
Não achei que tratar da minha queixa ginecológica fosse tão importante no momento	5	3,5
O tempo de espera no local da consulta era muito grande (mais de 3 horas de espera para ser atendida)	4	2,8
O profissional que me acompanhava parou de atender por um período por conta da pandemia	4	2,8
Moro muito distante do local da consulta	1	0,7
Não fui por outros motivos não citados	7	4,8
Caso tenha marcado a opção "Não fui por outros motivos não citados", cite aqui o motivo:		
Ainda não encontrei um profissional que me passasse confiança	1	0,69
Cardiologista	1	0,69
Dificuldade para encontrar contato de ginecologista pelo plano de saúde	1	0,69
Estava fora do meu Estado e só voltei após a segunda onda da pandemia	1	0,69
Mudança repetida de cidade, com pouco conhecimento dos profissionais locais para marcar consulta que aceite plano	1	0,69
No início da pandemia, era medo de me contaminar. Depois, fiquei postergando, apesar de entender a importância	1	0,69
Relaxamento mesmo, só cuido dos outros...	1	0,69

Fonte: Autores (2022).

Mulheres que foram ou que marcaram a consulta

No que se refere ao ano das consultas das 319 participantes que foram ou marcaram o atendimento médico, 34,3% (n = 100) ocorreram no ano de 2020; 67,8% (n = 198), no ano de 2021 e 49,7% (n = 145) aconteceram ou vão acontecer em 2022.

Levando em consideração o meio de acesso, 61% (n = 178) dos serviços médicos ocorreram através do plano de saúde, 32,9% (n = 96) foram consultas particulares e 6,2% foram realizadas pelo SUS.

Sobre a finalidade dos atendimentos, 76,4% (n = 223) foram para seguimento (rotina), 21,9% (n = 64) tinham intenção de tratar alguma queixa ginecológica, e 1,7% (n = 5) objetivavam resolver alguma queixa obstétrica. O tempo de espera para a consulta foi menor do que um mês em 58,3% da amostra e 75,7% apontaram que a pandemia não influenciou no aumento desse tempo com relação aos anos anteriores à 2020.

Ao serem questionadas sobre dificuldade de acesso, 44,5% (n = 115) das mulheres que foram para a consulta enfrentaram alguma limitação, sendo as mais citadas o medo de se contaminar com a COVID-19 (40,8%), a dificuldade para agendar uma consulta naquele momento (38,2%) e a interrupção dos atendimentos pelo profissional que já acompanhava (27,8%). Dessas participantes, aproximadamente 50,4% (n = 58) afirmaram que suas limitações surgiram exclusivamente por conta da pandemia, e 70,2% (n = 39) das que já possuía alguma limitação prévia (n = 57) apontaram que a pandemia piorou os problemas preexistentes. Todas as limitações, bem como a relação delas com a pandemia estão listadas na Tabela 3.

Tabela 3. Limitações apontadas pelas mulheres que foram para a consulta e a correlação com a pandemia.

Variável/Categoria	Frequência	Percentual (%)
Qual motivo dificultou seu acesso?		
Tive receio de sair de casa e me contaminar com a COVID – 19 na época que fui para a consulta	47	40,8
Tive dificuldade para agendar a consulta naquele período	44	38,2
O profissional que ia me consultar parou de atender por um período por conta da pandemia	32	27,8
O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com minhas atividades de trabalho ou domésticas	17	14,7
O serviço de saúde que eu tinha acesso ficou fechado por um período por conta da pandemia	13	11,3
O tempo de aguardo para ser atendido no local da consulta foi grande (maior do que 3 horas de espera)	13	11,3
Tive dificuldades financeiras para pagar a consulta particular naquele momento	8	6,9
Moro muito distante do local da consulta	7	6
O tempo de espera para a consulta foi grande (período maior ou igual a 6 meses de espera do dia que marcou a consulta para a data da consulta)	6	5,2
No período que ia para a consulta peguei COVID	5	4,3
Tenho vergonha de ir ao ginecologista e obstetra	3	2,6
Tenho medo de detectar algum problema de saúde	3	2,6
Outro motivo não citado	5	4,3
Se você marcou "outro motivo não citado" na questão anterior, qual foi ele?		
Além dos anteriores, ter dificuldade para ir ao ginecologista e realizar os exames solicitados sem meus familiares saberem	1	0,8
Aumento da demanda de mulheres para o setor em que fui atendida, aumentando o prazo para a consulta	1	0,8
Profissional estava grávida	1	0,8
Questões pessoais da médica	1	0,8
Sou nova na cidade e não conhecia nenhum ginecologista	1	0,8
As opções que você marcou também foram limitações enfrentadas por você antes da pandemia?		
As limitações apareceram por conta da pandemia	58	50,4
Já enfrentava algumas, mas não todas que marquei	27	23,5

Já enfrentava as mesmas limitações antes da pandemia	30	26,1
A pandemia piorou as limitações já existentes?		
Sim, a pandemia dificultou ainda mais as limitações que já existiam	40	70,2
Não, minhas limitações se mantiveram iguais antes e depois da pandemia	17	29,8

Fonte: Autores (2022).

4. Discussão

No início do século XX, com a fragmentação da medicina, a relação médico-paciente era marcada por um contato impessoal, com atendimentos que tinham o objetivo de tratar apenas a doença, e não o sujeito que a portava (Pazinatto, 2019). Na atualidade, após o processo de humanização da área médica, esse vínculo foi fortalecido, estabelecendo uma ligação pautada no respeito, confiança e empatia (Sarmiento et al., 2021). Ao aplicar esse conceito na saúde da mulher, os princípios de um bom atendimento são ainda mais importantes, visto que a consulta ginecológica e obstétrica tem como foco não só a patologia, mas também, assuntos como sexualidade, contracepção, planejamento familiar, percepção corporal, entre outros (Ministério da Saúde, 2016).

Um estudo realizado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia em 2018, com 1.089 mulheres por todo o Brasil, apontou que 8 em cada 10 mulheres citaram a ginecologia como a especialidade mais importante para a saúde da mulher (FEBRASGO, 2018). O ginecologista e obstetra é considerado, muitas vezes, a porta de entrada para o cuidado da saúde do público feminino, sendo responsável por garantir uma análise global das pacientes (Berek, 2014).

Dentre as 463 participantes desta pesquisa, 144 mulheres não se consultaram durante toda a pandemia, sendo as principais justificativas a falta de queixas, a não priorização do cuidado da saúde íntima naquele momento e o medo de contrair o vírus da COVID-19. É notável que o fato de não ter sintomas, somado ao medo de se contaminar com uma doença ainda pouco compreendida, corroboraria para uma falta de imediatismo em prosseguir com um bom acompanhamento ginecológico e obstétrico. No entanto, é válido ressaltar que um atendimento regular vai muito além do tratamento de doenças (Barbosa & Ribeiro, 2016).

Para o Ministério da Saúde, a saúde da mulher compila a saúde sexual; saúde reprodutiva; combate à violência doméstica e violência sexual; atenção aos cânceres ginecológicos e de mama; e rastreamento de doenças ginecológicas e obstétricas (Secretaria da Saúde, 2021, Saúde da mulher). O cuidado da saúde voltada para a mulher é imprescindível à qualidade de vida. A ginecologia e obstetrícia oferecem uma atenção especializada focada na compreensão do organismo feminino, solucionando anseios, realizando rastreios e intervenções oportunas (Berek, 2014).

Dois anos após o início da pandemia, os sistemas de saúde ainda enfrentam barreiras significativas para a prestação do cuidado médico (OPAS, 2022, 1 parágrafo). De acordo com uma pesquisa de pulso global realizada pela OMS no final de 2021, interrupções contínuas nos serviços de saúde foram relatadas em mais de 90% dos países pesquisados (OMS, 2022). As nações registraram quedas dos serviços para todas as principais áreas médicas, incluindo a saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal (OMS, 2022).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) realizou um estudo publicado no final do ano de 2021, que comparou o volume de atendimentos médicos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) no período de março e dezembro de 2019 com o mesmo período em 2020 (CFM, 2021). Essa análise apontou um declínio de 31% nos procedimentos médicos ambulatoriais eletivos pelo SUS no Nordeste brasileiro, a região de maior queda de serviços médicos no país. Quanto aos atendimentos na área da medicina, a ginecologia e obstetrícia estava entre as 10 especialidades que mais sofreram redução de consultas no ano de 2020 (CFM, 2021).

A mesma pesquisa realizada pelo CFM também apresentou uma queda significativa dos exames preventivos contra os

principais cânceres na área da ginecologia. A mamografia teve uma redução de 46,8%, e o exame citopatológico cervico-vaginal obteve uma queda de 51% no período estudado (CFM, 2021). As políticas de rastreamento populacional são fundamentais para a redução da mortalidade e melhora do prognóstico das pacientes com câncer de colo de útero e de mama (INCA, [s.d.]). A interrupção dessas atividades coloca em risco a expressiva redução da morbimortalidade atingida após a implementação do rastreio dessas doenças (Magario, 2019).

Levando em consideração que a amostra desta pesquisa foi majoritariamente composta por mulheres brancas, com escolaridade do nível superior e que possuam plano de saúde, indaga-se que caso o questionário fosse ampliado para a realidade da maioria da população feminina nordestina, que é SUS dependente, as taxas de acessibilidade poderiam ser ainda mais alarmantes. Segundo o IBGE, 71,5% dos brasileiros necessitam do SUS para cuidar da saúde, sendo as regiões Norte e Nordeste as com os maiores índices de dependência (IBGE, 2019).

Ao analisar os dados quanto à acessibilidade à saúde íntima das mulheres que dependem exclusivamente do SUS neste estudo, observa-se que 67,3% desse público não teve acesso à consulta, uma porcentagem aproximadamente duas vezes maior do que a taxa de acessibilidade geral da amostra da pesquisa. As epidemias e pandemias classicamente evidenciam desigualdades socioeconômicas preexistentes entre meninas e mulheres, principalmente para aquelas que estão em uma posição vulnerável (Matta et al., 2021). A escassez e os desequilíbrios no incentivo à saúde são problemas políticos e sociais que, juntamente com essas desigualdades, diminuem a acessibilidade da população aos serviços de saúde (Oliveira, et al., 2017).

Mediante a redução da oferta dos serviços de saúde na área da ginecologia e obstetrícia, o acesso à saúde íntima não só foi dificultado para o grupo de mulheres que não se consultaram, como também para aquelas que foram atendidas. Ao todo, 44,5% do grupo que se consultou com o ginecologista e obstetra ou médico da APS afirmou que teve alguma limitação de acesso por conta da pandemia, sendo as mais frequentes o medo de contrair a COVID-19, a dificuldade para agendar uma consulta naquele momento e a interrupção dos atendimentos pelo profissional que acompanhava.

Com a pandemia, a maioria das Unidades Básicas de Saúde apresentou uma redução no atendimento das condições crônicas, tanto por conta da suspensão das consultas agendadas quanto pela diminuição da busca por parte dos pacientes, que estavam receosos com a transmissão do coronavírus nos serviços de saúde (São Paulo, 2020).

O público feminino faz parte do grupo que mais utiliza o SUS, especialmente a Atenção Básica, em que, tradicionalmente, a mulher é a responsável por abrir as portas para o cuidado da saúde do resto da família (Raposo et al., 2021). Desde o ano de 2020, a interrupção de serviços preventivos e curativos foi evidenciada, comprometendo em diversos aspectos a saúde da mulher. A diminuição dessas práticas prejudica toda uma rede de detecção de doenças, tratamento precoce, redução da morbimortalidade e manutenção da saúde psicossocial garantida pela assistência à mulher, expandindo os efeitos da pandemia para além da área da infectologia (Al, 2020; Milanez et al., 2020; Quintana, [s.d.]).

5. Conclusão

O perfil sociodemográfico do estudo apontou como maioria mulheres jovens, brancas, com bom nível de escolaridade e acesso à assistência médica privada. Mesmo diante de uma amostra com melhores condições financeiras, aproximadamente um terço não procurou assistência médica para cuidar da saúde íntima e, das que foram para a consulta, 44,5% apresentaram limitações para serem atendidas. Ao analisar as pacientes que dependiam exclusivamente do SUS, a taxa de falta de consultas na área da ginecologia e obstetrícia foi duas vezes maior do que a prevalência geral da pesquisa.

As principais justificativas para o a ausência dos atendimentos médicos foram: não ter de queixas, não julgar importante cuidar da saúde íntima naquele momento, medo de contaminação pelo SARS-Cov-2, dificuldade para agendar a consulta e a interrupção dos atendimentos pelo profissional que já acompanhava.

O cuidado à saúde da mulher possui grande importância para a população. A orientação, tratamento e acompanhamento em todos os ciclos da vida são extremamente necessários para o bem-estar e promoção da saúde do público feminino. A consulta ginecológica e obstétrica permite que questões como contracepção, planejamento familiar, sexualidade, auto percepção corporal, prevenção de doenças e tantas outras sejam trabalhadas e levadas em consideração. A diminuição desses serviços por tempo prolongado pode resultar no aumento da morbimortalidade por outras condições que não envolvem diretamente a COVID-19, potencializando as consequências da pandemia.

Diante dos dados expostos, faz-se necessário que mais estudos sejam realizados dentro desta temática, ampliando, principalmente, o olhar para a população em situação socioeconômica menos favorável. A avaliação do acesso à saúde da mulher é um tópico que, apesar de tamanha importância, ainda é escasso na literatura. Por isso, pesquisas mais abrangentes precisam ser feitas e seus resultados, assim como os deste trabalho, publicados para que sejam úteis no desenvolvimento de estratégias e garantia dos direitos das cidadãs brasileiras.

Referências

- Al, Fin. (2020). Recomendações da SBMF para a APS durante a pandemia de covid-19. <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-da-SBMFC-para-a-APS-durante-a-Pandemia-de-COVID-19-1.pdf>
- Barbosa, M. S., & Ribeiro, M. M. F. (2016). O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Ver Med Minas Gerais*, 26(8), 216-22.
- Berek, J. S. (2014). *Tratado de Ginecologia* (15a ed.). Grupo GEN.
- Brasil. (2011). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. ed. Editora MS.
- Conselho Federal de Medicina. (2021). Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS. <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-emambulatorios-do-sus/>
- Daumas, R. P., Silva, G. A. e, Tasca, R., Leite, I. da C., Brasil, P., Greco, D. B., Graboys, V., & Campos, G. W. de S. (2020). O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: Limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00104120. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00104120>
- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. (2018). Expectativa da mulher brasileira sobre sua vida sexual e reprodutiva: as relações dos ginecologistas e obstétricas com suas pacientes. [file:///C:/Users/Juliana/Downloads/PesquisaZFEBRASGO%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Juliana/Downloads/PesquisaZFEBRASGO%20(2).pdf)
- Fundação Oswaldo Cruz. ([s.d.]). Padilha: determinantes sociais são componente decisivo para a saúde no Nordeste. <http://www.fiocruz.br/omsambiental/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from%5Finfo%5Findex=196&inoid=495&sid=13>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). Pesquisa Nacional de Saúde. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). Projeções da população. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>>
- Instituto Nacional do Câncer. ([s.d.]). O desafio feminino do câncer. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rede-cancer-ed09-capa.pdf>
- Lima, L. D. de, Carvalho, M. S., Coeli, C. M., Lima, L. D. de, Carvalho, M. S., & Coeli, C. M. (2018). Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00117118>
- Magário, M. B. (2019). Impacto do rastreamento sobre a mortalidade pelo câncer de mama no Estado de São Paulo (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17145/tde-12082019-133855/pt-br.php>
- Matta, G. C., Rego, S., Souto, E. P., & Segata, J. (2021). Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. <https://books.scielo.org/id/r3hc2>
- McIntosh, K. (2022). COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention. https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=panndemia%20pelo%20coronav%20C3%ADrus%20e%20sa%20C3%BAde%20da%20mulher&topicRef=112420&source=related_link#H4014462337
- Milanez, L. de S., Ferreira, B. de O., & Pedrosa, J. I. dos S. (2020). Impactos da pandemia da Covid-19 na saúde das mulheres lésbicas. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, 3(11), 89–100. <https://doi.org/10.31560/2595-3206.2020.11.11237>
- Ministério da Saúde. (2016). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
- Oliveira, A. P. C. de, Gabriel, M., Poz, M. R. D., & Dussault, G. (2017). Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1165–1180. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>

- Oliveira, M., Sousa, P., Sousa, L., Mendes, C., Labucha, M., & Macedo, F. (2020). A Cardiologia na Pandemia COVID-19: Que Impacto na Atividade Clínica? *Gazeta Médica*. <https://doi.org/10.29315/gm.v7i2.348>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). Terceira rodada da pesquisa de pulso global sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19: novembro a dezembro de 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527>
- Organização Pan-americana de saúde. (2020). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812
- Organização Pan-americana de saúde. (2022). Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante pandemia de COVID-19. <https://www.paho.org/pt/noticias/7-2-2022-servicos-essenciais-saude-enfrentam-interruptoes-continuas-durante-pandemia-covid>
- Pazinatto, M. M. (2019). A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. *Revista bioética* n° 27. P234-243.
- Quintana, S. M. ([s.d.]). Infecção COVID-19 e a saúde da mulher. p. 14.
- Raposo, H. L. O., Mascarenhas, J. M. F., & Costa, S. M. S. (2021). A importância do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde da mulher para enfermeiros da Atenção Básica. *Revista de Casos e Consultoria*, 12(1), e26629- e26629
- Sarmento, I. P., Sarmento, R. P., Lisboa, K. O., Bernardes, V. R. M., Manso, G. G., & Cardoso, H. C. (2021). A humanização na assistência à saúde: uma revisão histórica da literatura. [file:///C:/Users/Juliana/Downloads/5938-Texto%20do%20artigo-23643-1-10-20211227%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Juliana/Downloads/5938-Texto%20do%20artigo-23643-1-10-20211227%20(3).pdf)
- São Paulo. (2020). Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da COVID-19. <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/672e5b1c446307d63f59b4cf0bf2ac08.pdf>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia* (campinas), 37.
- Secretaria da Saúde. (2021). Saúde da mulher. <https://saude.rs.gov.br/saude-da-mulher>
- Souza, L. E. P. F. de, Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L., Guimarães, R., Almeida-Filho, N. de, Machado, C. V., Campos, G. W., Azevedo-e-Silva, G., Souza, L. E. P. F. de, Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L., Guimarães, R., Almeida-Filho, N. de, Machado, C. V., Campos, G. W., & Azevedo-e-Silva, G. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2783–2792. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
- Viacava, F., Oliveira, R. A. D. de, Carvalho, C. de C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: Oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1751–1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>