







## **DO PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO: MUDANÇAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE OBSTÉTRICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida<sup>1</sup>   
Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho<sup>1</sup>   
Zeni Carvalho Lamy<sup>1</sup>   
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves<sup>1</sup>   
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho Poty<sup>1</sup>   
Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. São Luís, Maranhão, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar mudanças na assistência à saúde materna durante a pandemia da Covid-19, segundo relatos dos profissionais de saúde.

**Método:** pesquisa qualitativa, realizada com gestores, médicos, enfermeiros, residentes e técnicos de enfermagem atuantes nos setores de ambulatório de pré-natal, emergência obstétrica, hospitalização obstétrica e centro de parto de um hospital público federal de alta complexidade no Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados de no período de dezembro de 2020 a agosto de 2021. A amostra, escolhida intencionalmente, buscou a diversidade de características e situações, foi encerrada pelo critério da saturação de sentidos. Questionário estruturado e roteiro semiestruturado de entrevista foram utilizados para coleta dos dados. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Empregou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática.

**Resultados:** entrevistaram-se 28 profissionais. Foram identificadas mudanças na dinâmica da assistência obstétrica categorizadas em: pré-natal; e parto/puerpério. No pré-natal, houve diminuição das consultas eletivas; aumento do tempo entre consultas; a paramentação atrasava o atendimento; implantação de novos protocolos de higienização; limitação do número de acompanhantes; criação de novos ambientes como a sala Covid-19 para gestantes sintomáticas; teleatendimento e sobrecarga de trabalho pelo aumento da demanda vinda da Atenção Primária à Saúde. No parto/puerpério, os relatos apontaram redução do número de leitos; testagem e isolamento das pacientes sintomáticas; limitação da deambulação, restrição de acompanhantes e obrigatoriedade do uso de máscara pela parturiente.

**Conclusão:** a reestruturação dos serviços e a criação de novos espaços para atendimento de pacientes com Covid-19 ocasionaram redução na oferta de vagas para consultas de pré-natal e pós-parto. As mudanças foram acompanhadas por novas regras de atendimento, com retrocessos quanto à garantia de direitos previamente conquistados.

**DESCRITORES:** Covid-19. Pandemias. Profissionais de saúde. Obstetrícia. Pesquisa Qualitativa.

**COMO CITAR:** Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARC, Thomaz EBAF. Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da COVID-19. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20220206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0206pt>

# FROM PRENATAL TO POSTPARTUM CARE: CHANGES IN OBSTETRIC HEALTH SERVICES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze changes in maternal health care during the Covid-19 pandemic, according to reports by health professionals.

**Method:** qualitative research, conducted with managers, physicians, nurses, residents and nursing technicians working in a prenatal outpatient clinic, obstetric emergency department, delivery center and obstetric inpatient ward of a high complexity federal public hospital in the Northeast of Brazil. Data were collected from December 2020 to August 2021. The sample, chosen intentionally, sought the diversity of characteristics and situations, was closed by the criterion of saturation of meaning. A structured questionnaire and a semi-structured interview script were used for data collection. The interviews were recorded and transcribed. Content analysis was used in the thematic modality.

**Results:** 28 professionals were interviewed. Changes in the dynamics of obstetric care were identified and categorized as: prenatal care; and childbirth/postpartum. In prenatal care, there was a decrease in elective consultations; increased time between consultations; delayed care due to paramentation; implementation of new hygiene protocols; limitation of the number of companions; creation of new environments such as the Covid-19 isolation room for symptomatic pregnant women; teleservice and work overload due to the increased demand coming from Primary Health Care. In childbirth/postpartum, the reports indicated a reduction in the number of beds; testing and isolation of symptomatic patients; limiting walking, restriction of companions and mandatory use of mask by pregnant woman.

**Conclusion:** the restructuring of services and the creation of new spaces to care for patients with Covid-19 led to a reduction in the availability of vacancies for prenatal and postpartum consultations. The changes were accompanied by new service rules, with setbacks regarding the guarantee of rights.

**DESCRIPTORES:** Covid-19. Pandemics. Health professionals. Obstetrics. Qualitative research.

# DEL PRENATAL AO POSPARTO: CAMBIOS EN LOS SERVIÇOS DE SAÚDE OBSTÉTRICOS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar los cambios en la atención a la salud materna durante la pandemia de la Covid-19, según relatos de profesionales de la salud.

**Método:** investigación cualitativa, realizada con gerentes, médicos, enfermeros, residentes y técnicos de enfermería que actúan en el ambulatorio de prenatal, emergencia obstétrica, centro de parto y hospitalización obstétrica de un hospital público federal de alta complejidad en el Nordeste de Brasil. Los datos se recopilaron desde diciembre de 2020 hasta agosto de 2021. La muestra, elegida intencionalmente, buscó la diversidad de características y situaciones, se cerró con el criterio de saturación de significados. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado y un guión de entrevista semiestructurada. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. En la modalidad temática se utilizó el análisis de contenido.

**Resultados:** 28 profesionales fueron entrevistados. Se identificaron cambios en la dinámica de la atención obstétrica categorizados en: atención prenatal; y parto/posparto. En prenatal, hubo disminución de las consultas electivas; mayor tiempo entre citas; el atuendo retrasó el servicio; implementación de nuevos protocolos de higiene; limitar el número de acompañantes; creación de nuevos entornos como la sala Covid-19 para embarazadas sintomáticas; servicio de call center y sobrecarga de trabajo por aumento de demanda desde Atención Primaria de Salud. En parto/posparto, los informes señalaron reducción en el número de camas; pruebas y aislamiento de pacientes sintomáticos; limitación de la deambulacion, restricción de acompañantes y uso obligatorio de mascarilla por parte de la parturienta.

**Conclusión:** la reestructuración de los servicios y la creación de nuevos espacios para la atención de pacientes con Covid-19 llevó a una reducción en el número de vacantes para consultas de prenatal y posparto. Los cambios fueron acompañados de nuevas reglas de servicio, con retrocesos en cuanto a la garantía de los derechos previamente conquistados.

**DESCRIPTORES:** Covid-19. Pandemias. Profesionales de la salud. Obstetricia. Investigación cualitativa.



## INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 mudou a realidade do trabalho em saúde, tanto ambulatorial, quanto hospitalar. Os setores de gestão em saúde fizeram grande esforço para adaptar os serviços e as políticas de saúde para responder às necessidades provocadas pela pandemia sem gerar prejuízos aos sistemas e práticas fundamentais à sobrevivência, à saúde e ao bem-estar de todos. No entanto, a pandemia de Covid-19 alterou a dinâmica da oferta de serviços, especialmente os eletivos, a exemplo das consultas e exames de pré-natal<sup>1-2</sup>, causando prejuízo à integralidade do cuidado à mãe e à criança.

Esta crise sanitária global constituiu-se em barreira para o alcance de objetivos de Desenvolvimento Sustentável delimitados pela Organização das Nações Unidas, tais como a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos a nível mundial, e a redução da razão da mortalidade materna para, no máximo, 30 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030. O alcance destes objetivos depende diretamente da razão de mortalidade materna, que aumentou devido a infecções por Covid-19, e da proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado que diminuiu por conta da dificuldade de acesso aos serviços de saúde neste período<sup>3</sup>.

A prioridade nos serviços de saúde mudou. Nas maternidades, a prevenção à Covid-19 passou a ser o foco principal e, em nome da segurança, medidas protetivas restringiram direitos, muitos serviços foram desativados. Em algumas maternidades do país, houve suspensão do alojamento conjunto, aumento da medicalização e de cesarianas, serviços perinatais ofertados de forma remota, fechamento de bancos de leite, redução nas equipes das maternidades, por remanejamento para as áreas de Covid-19, comprometendo a qualidade da assistência<sup>4</sup>.

A pandemia ameaçou melhorias conquistadas nos últimos 30 anos, concernentes à sobrevivência, à saúde e ao bem-estar de mulheres e recém-nascidos devido à indisponibilidade de fundamentos científicos para embasamento dos cuidados. Em razão do risco representado pelo novo vírus, comportamentos, procedimentos, protocolos e direitos foram revistos e, por vezes, suspensos dada a ameaça representada pela nova doença<sup>4</sup>.

Durante a crise sanitária, foi um grande desafio para profissionais que trabalham com gestantes e puérperas manter as boas práticas obstétricas e neonatais. Assim, muitas vezes foram interrompidas a continuidade do cuidado e o apoio à saúde mental das mulheres, de modo a evitar complicações e até mesmo óbitos de mulheres e recém-nascidos por causas preveníveis<sup>5</sup>.

Em meio ao contexto de insegurança provocado pelo desconhecimento da doença e pela redução do número de profissionais, pois muitos foram contaminados pelo vírus, houve um esforço por parte de profissionais e gestores de responder à crise resultante da pandemia. As dificuldades na chamada “primeira onda” foram maiores dadas as poucas evidências científicas para embasar decisões médicas, pouca disponibilidade de testes, ausência de vacinas, entre outras<sup>6</sup>.

Neste artigo buscou-se, por meio dos relatos dos profissionais de saúde, compreender o contexto no qual os serviços de saúde tiveram que produzir mudanças para adequar a oferta de cuidados a uma população: gestantes e puérperas, cuja questão norteadora consiste em: “quais mudanças na assistência à saúde materna ocorreram durante a pandemia da Covid-19?”

Neste período marcado por tantas incertezas, as mudanças na dinâmica organizacional do serviço de obstetrícia constituem objeto deste estudo. Assim, objetivou-se analisar as mudanças na assistência à saúde materna durante a pandemia da Covid-19, segundo relatos dos profissionais de saúde.

## MÉTODOS

Estudo com abordagem qualitativa, na modalidade exploratória descritiva, conduzido com base na Teoria Compreensiva, que aponta como função principal das ciências sociais o entendimento da

realidade humana vivida socialmente, por meio da interpretação da ação social e do significado a ela atribuído pelos sujeitos de pesquisa<sup>7</sup>. O presente estudo baseou-se na ferramenta guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ Statement)*<sup>8</sup>.

A Sociologia Compreensiva considera a motivação dos indivíduos e grupos diante das ações sociais que praticam, levando em conta a sociedade em que vivem. Assim, a realidade social é resultado das formas de relação entre os sujeitos, enquanto a interpretação do passado serve para a compreensão das mudanças. Dessa forma, o processo compreensivo baseia-se na ideia de que os homens são produtores ativos do social e depositários de um saber importante. Portanto, o trabalho sociológico consiste em interpretar e explicar a partir dos dados recolhidos<sup>9</sup>.

A análise de conteúdo temática foi o método analítico de escolha, tendo a organização das informações em três fases: Pré-análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas foram transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, a determinação das unidades de registro e a constituição dos corpos de provas, onde foi realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado. Fase de categorização-exploração do material: ocorreu a exploração do material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, buscou-se expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizavam, para fazer a ordenação das categorias empíricas<sup>7</sup>.

A terceira etapa de análise dos resultados e interpretação: a análise final exige um olhar mais profundo, uma vez que foram realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos. Desta maneira, a análise foi fundada na presença temática, de palavras relacionadas à frequência de sua aparição, respeitando as regras de: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência<sup>7</sup>.

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2020 a agosto de 2021 em hospital público federal de alta complexidade, localizado em São Luís – MA, Nordeste do Brasil, referência para gestantes com suspeita ou confirmação de infecção por Covid-19. As entrevistas buscavam suscitar relatos das vivências antes e durante a pandemia, em ambiente de trabalho, perpassando o período mais crítico com relação à quantidade e velocidade das mudanças provocadas, até o momento de ampla distribuição e aplicação de vacinas, assim como redução do número de casos.

Entrevistaram-se gestores, médicos, enfermeiros, residentes, bem como técnicos de enfermagem atuantes nos setores de emergência obstétrica, centro de parto e internação obstétrica, durante a pandemia da Covid-19. Para a seleção da amostra buscou-se representatividade nos aspectos sociodemográficos e do trabalho, como idade, gênero, profissão, formação, tempo e turnos de trabalho na instituição.

Foram entrevistados 28 profissionais de saúde: três gestores, seis médicos (1 residente), dez enfermeiros (1 residente) e nove técnicos em enfermagem. Para o fechamento amostral, utilizou-se do critério de saturação teórica dos dados. Quando os discursos apresentam repetição de informações e não existem novos elementos para a análise, isto representa critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa<sup>10</sup>. Dessa forma, a coleta dos dados foi finalizada quando as entrevistas não adicionavam novas informações a serem analisadas para compreensão do objeto de estudo. O critério de saturação foi alcançado na entrevista de número 25, porém seguiu-se a coleta de três entrevistas adicionais para validação do ponto de saturação, conferindo o rigor e a confiabilidade da técnica utilizada.

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco

acrescentariam ao material já obtido, não contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

Portanto, a saturação teórica é a constatação do momento de interromper a captação de informações pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica, levando-se em consideração a combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados<sup>11</sup>.

O recrutamento de participantes foi baseado no seguinte critério de inclusão: gestores, médicos, enfermeiros, residentes e técnicos em enfermagem que trabalharam em ambiente hospitalar durante a pandemia de Covid-19, independente do seu tempo de formação. O critério de não inclusão foi o afastamento da assistência por comorbidades, gestação ou lactância durante todo o período da pandemia.

O trabalho de campo iniciou-se com a aproximação aos setores de pesquisa e identificação dos potenciais participantes do estudo. A partir de listagem institucional de trabalhadores por setor de lotação no hospital, selecionaram-se os profissionais que atendessem aos critérios de inclusão na pesquisa. Em seguida foi realizado o convite para participar e, em caso de aceite, agendamos data e horário, de forma presencial ou digital.

As entrevistas foram realizadas pelas autoras, por meio digital e aconteceram *on-line*, utilizando o aplicativo *Google Meet* ou presenciais, no próprio hospital, seguindo as medidas de segurança necessárias. O tempo médio de duração foi de 40 minutos. Para obtenção dos dados, aplicou-se questionário estruturado para coleta de dados sociodemográficos e da trajetória profissional, bem como um roteiro semiestruturado de entrevistas, com perguntas norteadoras voltadas às percepções dos profissionais em relação às mudanças ocorridas na demanda, oferta, dinâmica e organização dos espaços de trabalho.

Para garantir a fidedignidade dos relatos, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Os nomes dos entrevistados foram substituídos pelas iniciais da categoria profissional: GES para gestor, MED para médicos, MR para médico residente, ENF para enfermeiros, TE para técnicos em enfermagem e numeração aleatória para preservar seu anonimato. Para análise deste estudo, empregou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática.

Em relação à avaliação da validade de pesquisas qualitativas<sup>12</sup>, há uma lista de perguntas que a orientariam, dentre elas: as perguntas da pesquisa estão claramente formuladas? O delineamento da pesquisa é consistente com seu objetivo e com suas perguntas? A posição teórica e as expectativas do pesquisador foram evidenciadas? Adotaram-se regras explícitas nos procedimentos metodológicos e analíticos? Os procedimentos metodológicos e analíticos estão bem documentados? Os dados foram coletados em todos os contextos, tempos e pessoas sugeridos pelo delineamento? Os resultados são congruentes com as expectativas teóricas? Este método foi adotado neste estudo no sentido de buscar uma análise livre de vieses e a possibilidade de extensão dos seus resultados a situações semelhantes, estando de acordo com os princípios da pesquisa qualitativa, pois estes critérios ofereceriam o nível de validação numa gradação qualitativa.

Este estudo é integrante do projeto intitulado “A pandemia da Covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS”, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, com base na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A faixa etária dos entrevistados variou entre acima de 25 e abaixo de 60 anos, com média de 30 anos. Houve predominância do sexo feminino e a maior parte se declarou casada, católica e parda. Os profissionais atuavam em setores diversificados: ambulatório de pré-natal, emergência, alojamento conjunto, Centro de Parto Normal, Centro Cirúrgico Obstétrico e isolamento para casos de Covid-19. A maioria trabalha na instituição por um período entre 6 e 10 anos.



Para identificar as alterações na dinâmica dos serviços relacionados à saúde materna, desde o pré-natal até o período puerperal, emergiram duas categorias: Assistência pré-natal: mudanças na oferta e demanda; e Assistência ao parto e puerpério: mudanças e medidas restritivas.

### **Assistência pré-natal: mudanças na oferta e na demanda**

Os profissionais entrevistados se referiram à diminuição da oferta de consultas causada pela restrição do atendimento no sistema público incluindo as consultas de pré-natal. Houve suspensão do funcionamento de ambulatórios, diminuição da oferta de consultas.

*[...] só os pré-natais de alto risco não tiveram uma queda, [...] eu fechei várias agendas, porque praticamente tudo que era eletivo sumiu, né? (MED 3).*

A diminuição da oferta de consultas de pré-natal ocorreu pela necessidade de adaptações dos processos de trabalho nos ambulatórios com vistas a mitigar a transmissão da Covid-19. Dessa forma, houve aumento do tempo de espera entre as consultas. Implantaram-se novos protocolos de higienização nos locais de atendimento, como sala de espera, recepção e consultórios, assim como nos equipamentos utilizados e mobiliário do consultório, além da limitação do número de pessoas presentes.

*[...] adaptações de serviço: para a paciente entrar [no consultório], tem que higienizar, limpar, modificar, a paciente não pode se sentar do lado da outra na recepção, tem que ter um intervalo. Então, já obrigou, já limitou a quantidade de atendimento, né? (MED 3).*

Diante da redução da oferta de consultas obstétricas, no período crítico da pandemia, o hospital buscou criar estratégias de manutenção dos serviços. Nesse sentido, houve tentativa de implantar o teleatendimento a fim de aumentar o acesso das gestantes ao serviço de saúde.

*É... a gente começou, ou tentou fazer um atendimento de telemedicina. Mas, a gente percebeu, com o nosso atendimento, que isso não era viável para a obstetria. Porque obstetria demanda muito exame físico da paciente (GES 1).*

*Imagina você atender uma gestante [...] que já tem dificuldade de entendimento quando você está de frente pra ela. Imagina quando passa isso por telefone (MED 2).*

*Na maioria das vezes eu achava que não tava sendo útil, não tava fazendo tanta diferença pra paciente no meu atendimento (MED 1).*

A oferta de consulta de pré-natal por telemedicina não logrou êxito. Os profissionais consideraram inadequada essa prática pela baixa efetividade da consulta relacionada ao nível de Letramento Funcional em Saúde (LFS) das pacientes, e conseqüente dificuldade de compreensão das orientações repassadas.

Na cidade de São Luís, algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram destinadas ao atendimento exclusivo de pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19. Nestas, a população adscrita, incluindo as gestantes, foi redirecionada para outras UBS, havendo, assim, diminuição da oferta de pré-natal pela suspensão temporária das atividades em tais unidades.

De acordo com os profissionais, essa redução gerou maior afluxo de gestantes ao setor de emergência da Unidade. A demanda do serviço/setor de acolhimento aumentou, especialmente, para resolução de pequenas queixas que, em outras situações, poderiam ser resolvidas durante a consulta de pré-natal. Diante da dificuldade de acesso às consultas, gestantes procuraram o serviço de emergência de uma maternidade de referência ao parto de alto risco.

*[...] o atendimento do acolhimento aumentou por conta do fechamento do pré-natal, né? (MED 1). [...] então, assim, a demanda ficou incrível, de paciente que vinha entregar exame, porque tava com queixa urinária, vinha pro acolhimento; paciente que tava precisando de uma requisição pra fazer ultrassom, que ela achava que precisava de requisição, vinha pro acolhimento (ENF 1).*

*[...] aqui é um setor de emergência [...]. O nosso setor é pra atender às pacientes em urgência, não é pra atender a paciente em pré-natal e nós terminamos fazendo pré-natal. Por quê? Porque as pacientes não têm a consulta nos postos próximos de casa e, aí, tem paciente que chega sem fazer pré-natal, porque lá não tão atendendo. Aí, vem pra cá. Aí, a gente vai ter que fazer o atendimento de pré-natal, orientação (TE 6).*

Além da implementação de novas regras, ambientes também foram criados. A sala Covid foi o lugar para onde as gestantes identificadas, na admissão, com sintomas de gripe, eram encaminhadas. Segundo informações, antes da pandemia, os mesmos enfermeiros que trabalhavam no CPN atendiam também na admissão, que compreende o acolhimento e classificação de risco. A criação desse espaço de isolamento de pacientes com suspeita de infecção pelo vírus não foi acompanhada pelo aumento do número de profissionais no setor, dificultando o atendimento, uma vez que o profissional precisava adequar-se à paramentação exigida para realização da consulta. Esse procedimento foi considerado demorado e tido como fator que atrasava o atendimento, além de sobrecarregar os profissionais.

*[...] aí, a gente se paramentava e ia atender à paciente na sala Covid, que é uma sala afastada, fica mais perto do pré-natal, lá embaixo, [...]. Quando terminava o atendimento, eu, a mesma enfermeira que estava atendendo lá embaixo, vinha para sala atender às demais. E as demais que esperassem. Se tivesse parindo, ia parir (ENF 1).*

*[...] o que sobrecarrega a gente é ter que fazer esse atendimento da paciente sintomática, né? E quem tá lá embaixo, no acolhimento, que acaba atrasando o atendimento daquelas que estão esperando, que não são sintomáticas. Porque tem que se paramentar, tem que fazer o atendimento em outra sala, e, aí, tudo isso demanda um tempo maior e acaba atrasando, acumulando uma fila, e, aí, insatisfação e é isso (ENF 7).*

Com a escassez de profissionais de saúde, devido ao afastamento de vários do serviço por condições preexistentes, como doenças crônicas, problemas respiratórios, gravidez e lactância, adoecimento de muitos, em virtude da infecção pela própria Covid-19 e do aumento repentino do número de pacientes, houve sobrecarga de trabalho entre estes, agravada pelo prolongamento das jornadas de trabalho.

Houve ampliação do quadro de funcionários, por eles denominada “seletivo COVID”, porém ocorreu, segundo informações, “muito tempo depois” [GES 1]. A chegada de novos funcionários não solucionou o problema como esperado, pois, nem todos tinham experiência em saúde da mulher gestante, parturiente e/ou puérpera. Após a fase de adaptação, muitos sequer permaneceram.

O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) faz parte da rotina hospitalar, e a depender do setor, a quantidade de equipamentos exigida para a produção da assistência é bastante significativa. Todavia, antes da pandemia, nem todos os setores exigiam tamanha paramentação de profissionais e tantas práticas de higienização para a realização de atendimentos. As mudanças no dimensionamento do risco provocaram mudanças no uso de EPIs, as novas exigências de paramentação afetaram a assistência em saúde e, em determinadas situações, tornaram-se barreiras para o acesso ao cuidado de qualidade, causando retardo no cuidado oportuno.

Além disso, as dificuldades de acesso relacionadas à redução da oferta de pré-natal também geraram impacto nos atendimentos, citaram-se complicações para a mãe e o bebê, pela falta de cuidado durante o pré-natal. Diversos profissionais relataram o aumento de mortalidade perinatal e da ocorrência de perdas fetais, eles relacionaram esses desfechos adversos à ausência do cuidado pré-natal adequado e oportuno.

*[...] teve uma redução de oferta de pré-natal no começo. Teve impacto em alguns atendimentos. Teve alguns resultados ruins, inclusive, perdas fetais por causa disso [...]. A gente percebeu que teve um período que as pacientes ficaram sem assistência e quando elas vieram, já tava tarde demais (GES 1).*

[...] a pandemia, ela gerou ao meu ver muitas consequências negativas nesse sentido, né? Agora, a gente já observa mulheres chegando com muita desordem hipertensiva, porque não foi controlada, sem fazer o pré-natal, muita, muitos casos de abortamento, entendeu? Então, a gente observa que é um resultado, né, de um planejamento familiar e de um pré-natal é que foi inadequado nesse sentido (ENF 5).

Segundo os profissionais entrevistados, outro sofrimento vivenciado pelas mulheres diz respeito à diminuição da oferta de leitos para patologias obstétricas, devido ao rearranjo dos leitos para aumentar a disponibilidade de isolamento para os casos de gestantes com Covid-19.

[...] a gente ficou com uma redução importante desse número de leitos [...] A gente teve que reduzir, não tinha jeito, né? A gente só internava os [casos] estritamente necessários (MED 2).

[...] a gente teve que isolar uma área pra botar só as suspeitas de Covid ou as Covid positivas, né? A gente largou uma ala que era só de gestante e pré-operatório e pós-operatório de cirurgia ginecológica pra colocar, pra isolar só as Covid suspeitas. [...] A gente tirou uma das nossas maiores alas, que é onde a gente mais trabalha, pra poder instalar o Covid, porque teve época que tava cheio (MR).

Dessa forma, no início da pandemia, a diminuição da oferta e da demanda pelo atendimento obstétrico produziu prejuízos graves e, muitas vezes, irremediáveis à saúde materna e perinatal. Este momento foi descrito como complicado, difícil.

### **Assistência ao parto e puerpério: mudanças e medidas restritivas**

De acordo com relatos, no início da pandemia (de março a agosto de 2020), mudanças foram realizadas no espaço físico e na organização do trabalho dos profissionais que desenvolviam as atividades nesses setores. Algumas destas modificações geraram, por consequência, barreiras na oferta de assistência ao parto durante a pandemia.

No momento da admissão, nem todas as pacientes eram testadas. Devido à dificuldade inicial de acesso aos testes, relacionados à escassez e ao alto custo, apenas as mulheres que apresentavam sintomas eram testadas e ficavam em isolamento, aguardando o resultado dos exames que demoravam de 7 a 10 dias. Mas havia também a preocupação com as pacientes assintomáticas, convivendo com outras, em espaço físico considerado pequeno pelos profissionais.

Criar isolamento e estabelecer novas regras no CPN foi também outro desafio. As novas normas para evitar a contaminação entre as parturientes e os profissionais restringiam, sobremaneira, as ações da mulher em trabalho de parto.

[...] a gente também não conseguia explicar para o acompanhante porque aquela mulher ia ficar em trabalho de parto sozinha. E mais ainda, explicar para a gestante que ela tinha que estar em trabalho de parto de máscara todo tempo. E ela, gritando, com muita dor, com muita dor, e tendo que ficar de máscara (ENF 1).

[...] quando elas [as pacientes] tão com 15, 20 dias [de internação], quase mês, que eles [os acompanhantes] querem ir todo dia [visitar]: 'mas eu queria, ao menos, ver! Principalmente, a mãe e o esposo. Eles ficam e choram, e ela [paciente] chora do outro lado, entendeu? (TE2).

Diante da necessidade de evitar maiores riscos, as práticas que reconhecem os direitos e o protagonismo da mulher deixaram de ser a prioridade, causando sofrimento às parturientes, aos familiares e aos profissionais que as atendiam. A limitação à deambulação, a solicitação de uso de máscara pela paciente na hora do parto e o impedimento da presença do acompanhante junto à parturiente estavam entre as medidas tomadas pelos profissionais que percebiam o quanto as novas práticas contrariavam as anteriores.

A redução compulsória do número de leitos disponíveis, necessária para manter o isolamento de gestantes com diagnóstico ou suspeita de Covid-19, dificultou o acesso à internação. Diante da



necessidade de manter somente uma pessoa internada em cada enfermaria que antes comportava número maior, de dois a quatro leitos, houve diminuição da oferta de leitos para internação. Assim, é possível que as gestantes com gravidez de alto risco e parto referenciado para essa maternidade tenham enfrentado dificuldades quanto ao acesso e à internação para o parto.

*[...] a gente teve que fechar leitos e disponibilizar enfermarias inteiras para ficar apenas uma paciente isolada. Então, isso foi difícil, porque a gente teve que reduzir o número de internações de alguma maneira (GES 1). [...] o nosso espaço está bem reduzido, quase sempre com lotação por conta do Covid (TE3).*

A internação na enfermaria Covid foi descrita como mais uma de muitas situações delicadas, em razão da recusa de pacientes de ficar em isolamento e dos acompanhantes em deixar a mulher sozinha. De acordo com os profissionais, havia inclusive a negação dos sintomas por parte das pacientes que resistiam ao isolamento, alegando que o lugar lhes gerava ansiedade. Esta situação provocava dúvidas entre os profissionais da equipe acerca da melhor conduta a ser adotada naquele momento. O atendimento psicológico para pacientes internadas e em isolamento foi adotado com o objetivo de minimizar o sofrimento provocado pelas restrições impostas à paciente.

*[...] algumas pacientes se negavam a ir para o isolamento. [...] Acompanhantes que se recusavam a sair, a deixar a paciente sozinha, porque não aceitavam aquilo [GES 1].*

*[...] o profissional já tem essa orientação de perguntar se o paciente tem algum sintoma gripal. Aí, o paciente, às vezes, ele até omite porque ele pensa que, quando a gente pergunta, ele não vai ser atendido. Aí, 'não, não tem'. Quando chega na sala aqui pra falar com a gente, aí: "aí, eu tô, tô com tantos dias com sintomas (TE 6).*

O setor administrativo do hospital atuou intensamente sobre a quantidade e a intensidade de circulação de pessoas no ambiente hospitalar. Este controle foi exercido de modo mais restritivo sobre o acompanhante de pacientes. Um limite mais rigoroso do acesso do acompanhante esteve associado ao receio de que a circulação em ambientes fora do hospital trouxesse a contaminação para dentro do ambiente hospitalar.

*[...] o que mudou.... pra paciente no isolamento, e que eu acho que é ruim, é ela não poder ter um acompanhante. Na minha opinião, em alguns lugares, as pacientes têm acompanhantes, só que não podem sair. E aqui não é liberado acompanhante pra paciente, em momento nenhum. Então, pra elas é ruim, elas ficam sozinhas, num quarto trancada por sete dias... (ENF 2). [...] e, aí, a pessoa entrava no isolamento, não podia receber visita de ninguém e, às vezes, acabava ficando sozinha. Tinha gente que não ficava internado, tinha gente que ia embora (ENF 1).*

Na perspectiva de quem atuou bem próximo na assistência às mulheres, o isolamento e a impossibilidade de ser acompanhada por familiar produziram intenso sofrimento nas mulheres, como observado pelos profissionais. Por meio desses relatos, os profissionais buscaram expressar as mudanças na assistência ao pré-natal, parto e puerpério imediato, e os efeitos destas.

## DISCUSSÃO

Nesta pesquisa qualitativa, realizada com gestores, médicos, enfermeiros, residentes e técnicos de enfermagem à saúde de mulheres em um centro de referência para atenção a gestantes, parturientes e puérperas com Covid-19 em um dos estados mais pobres do Brasil, na região Nordeste, foram identificadas mudanças na dinâmica dos serviços relacionados à saúde materna, desde o pré-natal até o período puerperal. A reestruturação dos serviços e a criação de novos espaços para atendimento de pacientes com Covid-19 ocasionaram a diminuição da oferta de atendimentos. As mudanças nas formas de organização do espaço e das práticas profissionais no ambiente hospitalar foram acompanhadas por novas regras de atendimento.

Para acompanhar a evolução da gestação e identificar precocemente fatores de risco para morbimortalidade materno-fetal, as consultas e os procedimentos relativos ao pré-natal precisariam continuar sendo ofertados, apesar da preocupação quanto à exposição e ao risco de contágio das gestantes e dos bebês, pois a suspensão total dos serviços eletivos pode resultar em desfechos perinatais negativos<sup>5</sup>.

A assistência pré-natal durante a pandemia foi conturbada devido à suspensão temporária das atividades das UBS, estas deixaram de ser uma porta de entrada, de garantir acesso de qualidade, integral, coordenado e contínuo. As consultas deixaram de ser realizadas nas UBS e houve redirecionamento para as maternidades de referência. Assim, as mulheres passaram a ser atendidas em unidades diferentes das que estavam habituadas, onde tinham acesso e eram acolhidas, surgindo um problema potencial para as pacientes em relação à distância e à estranheza de estar em uma unidade desconhecida, de iniciar ou continuar o pré-natal com uma equipe desconhecida, e para os profissionais das maternidades a sobrecarga que foi gerada<sup>13</sup>.

Além disso, a pandemia tornou necessárias medidas de precaução de contato, respiratórias, distanciamento social e outras medidas de segurança. Houve a recomendação de “ficar em casa”, pois não se conhecia os riscos que a doença representava especificamente para as gestantes e recém-nascidos<sup>14-15</sup>. Isso afetou significativamente a assistência à saúde das mulheres, provocando sentimentos de incertezas e medo<sup>16-18</sup>.

No Maranhão ocorreu a primeira decretação de *lockdown* do Brasil, anunciada em 30 de abril de 2020, por decisão judicial, motivada pela ocupação total dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da rede pública estadual dedicados à Covid-19, entre outros fatores<sup>19</sup>.

Em razão das circunstâncias da pandemia da Covid-19, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Portaria nº 467 de 20 de março de 2020, autorizou o uso da telemedicina com tecnologia, excepcional e temporariamente, para regulamentar e operacionalizar medidas de enfrentamento desta emergência de saúde pública. Com objetivo de reduzir o distanciamento entre a população e o sistema de saúde, no momento de mudanças na oferta e demanda dos serviços, o contato telefônico e a telemedicina foram considerados internacionalmente como opção de atendimento<sup>20</sup>.

A comunicação entre usuário e profissional de saúde pode ser afetada pelo nível de Letramento Funcional em Saúde (LFS)<sup>21</sup>, o qual consiste na “capacidade de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde”<sup>22:302</sup>, especialmente entre indivíduos com menor nível educacional e baixas condições socioeconômicas. Essas habilidades para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar orientações, são um importante recurso para promoção da saúde. Assim, a baixa competência em LFS pode comprometer a saúde individual e coletiva ao resultar em: baixa capacidade para gerir a própria saúde e o processo de adoecimento; baixa adesão às medidas de promoção, prevenção de doenças e uso de medicamentos e baixos níveis de conhecimento sobre doenças crônicas e serviços de saúde.

A Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes, juntamente com a Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, aconselhavam que todas as gestantes admitidas em ambiente hospitalar e os acompanhantes passassem por triagem de sinais e sintomas gripais. Em caso de suspeita ou confirmação de infecção por Covid-19, além de usarem máscara cirúrgica, deveriam ser isoladas das outras pacientes, ter a quantidade de acompanhantes e visitas limitadas. Além disso, a circulação de ambos no espaço hospitalar deveria ser restrita<sup>23</sup>. Nesse sentido, criaram-se ambientes no hospital, como a sala Covid para acolhimento de mulheres sintomáticas com necessidade de atendimento, um local que promove o isolamento das demais pacientes, com limitação no número de acompanhantes<sup>24</sup>.

Outra estratégia para a proteção das mulheres e seus bebês, assim como de profissionais de saúde durante a pandemia, foi a testagem universal. Ela favorece o cuidado ao permitir melhor monitoramento das mulheres com Covid-19 confirmado assim como adoção de medidas de prevenção de

transmissão para profissionais, outras pacientes e bebês, e permite o reconhecimento da prevalência da Covid-19 nesta população<sup>25</sup>. Ademais, possibilita melhor planejamento dos fluxos de encaminhamento, da atenção ao parto e maior vigilância quanto à prevenção de complicações e óbitos maternos e neonatais<sup>13</sup>. Na ocasião da pesquisa, havia apenas a expectativa e a esperança de uma vacina.

A necessidade de isolamento de pacientes resultou na redução da capacidade de internação dos hospitais, quando, segundo pesquisas, grávidas acometidas por Covid-19 têm cerca de doze vezes mais probabilidade de serem hospitalizadas e o dobro de probabilidade de necessitarem de assistência ventilatória. Desta forma, com maior demanda e menor oferta de leitos, é imprescindível reforçar o cuidado prestado a essas mulheres e disponibilizar os recursos necessários para assistência a elas<sup>14, 26</sup>.

Nesse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assegura que todas as gestantes, mesmo as que estiverem com síndrome gripal, devem receber cuidados centrados na mulher, respeitosos e qualificados. Não há evidências que contraindiquem o parto vaginal. Portanto, a escolha da via de parto deve ser individualizada. Deve-se incentivar o contato pele a pele ao nascimento, a amamentação e o alojamento conjunto da mãe com o recém-nascido, independentemente da suspeição, probabilidade ou confirmação da infecção por Covid-19. Além disso, deve-se oferecer a essas pacientes informações sobre as medidas de precauções cientificamente comprovadas<sup>27</sup>.

Devido ao risco de eliminação de aerossóis durante a fala, tosse, espirros e conseqüente proliferação da infecção, recomenda-se a permanência da mulher em um único quarto e uso de máscara cirúrgica durante todo trabalho de parto, embora haja dificuldade em manter o uso adequado da máscara pela mulher durante o esforço parturitivo<sup>27</sup>.

A Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005), que garante a presença de uma pessoa de escolha da mulher consigo em todas as etapas do parto, deve ainda ser respeitada, pois o isolamento prejudica a saúde mental da mulher e favorece sentimentos de solidão, ansiedade e depressão. A restrição dos acompanhantes de gestantes, parturientes e puérperas, justificada pela pandemia, como aconteceu em alguns serviços de saúde, fere esse direito e ocasiona resultados negativos na saúde da díade mãe-bebê<sup>13</sup>.

Apesar disso, este estudo identificou restrição à presença do acompanhante no ambiente hospitalar, ferindo os direitos garantidos por lei. Dessa forma, havendo inicialmente pouco conhecimento disponível sobre a doença e nenhuma vacina, a pandemia ocasionou suspensão temporária dos direitos das mulheres no ciclo gravídico puerperal ao acarretar mudanças nos serviços de saúde na prestação de serviços humanizados, estabelecendo restrições e intervenções no parto<sup>28</sup>. Na emergência de riscos, direitos conquistados foram suspensos, porém superado este momento, é fundamental que todos estes direitos retornem para ampliar a autonomia da mulher durante o ciclo gravídico puerperal e evitar violências.

A assistência e o cuidar de pessoas consistem em uma função complexa, pois requer técnica, conhecimento, envolve sentimentos e relacionamento humano, o que, especialmente em um momento de grande sobrecarga de trabalho, pode ocasionar sinais e sintomas de sofrimento nos profissionais de saúde. Portanto, com o advento da pandemia de Covid-19, a complexidade do trabalho em saúde aumentou, pois além das habituais situações de manejo de dor, sofrimento, morte e perdas, passaram a sofrer maiores pressões relacionadas a diversos fatores, ainda em condições de trabalho, por vezes, inadequadas<sup>29-30</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Covid-19 alterou a dinâmica da oferta de serviços eletivos, urgência e emergência na assistência materna, ocasionando barreiras de acesso, dificuldades no acompanhamento pré-natal, parto, puerpério; sendo destacado ainda as modificações ambientais e comportamentais que representaram impactos na qualidade assistencial.

Várias mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde foram necessárias durante a pandemia, algumas, porém, não lograram o êxito esperado, como a oferta de consulta por telemedicina. Diante do desconhecimento e risco, evidenciaram-se, também, retrocessos das boas práticas de humanização da atenção ao parto e nascimento.

Por ser realizado no contexto de pandemia, período com importante sobrecarga do sistema de saúde público, nos três níveis de complexidade, este estudo permitiu maior compreensão acerca dos efeitos da pandemia nesse cenário. Identificou evidências que podem servir de subsídios a futuras decisões no sistema de saúde, relativas à assistência, ao planejamento e, até mesmo à gestão, em tempos de crise sanitária, para mitigar impactos na assistência à saúde, de modo a garantir sempre a melhor atenção possível à população, assim como condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde: versão 9 [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2022 Nov 4]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>
2. Reis RRR, Samea BLH, Moreira DH. A experiência de atendimento de pré-natal em tempos de pandemia de covid-19 The experience of prenatal care in times of the covid-19 pandemic. *Braz J Develop* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 4];7(12):119356-70. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-617>
3. Maza-Arnedo F, Paternina-Caicedo A, Sosa CG, Mucio B, Rojas-Suarez J, Say L, et al. Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. *Lancet Reg Health Am* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Nov 4];12(2):100269. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100269>
4. Renfrew MJ, Cheyne H, Craig J, Duff E, Dykes F, Hunter B, et al. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. *Midwifery* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jan 5];88:102759. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>
5. Rondelli G, Jardim D, Hamad G, Luna ELG, Marinho WJN, Mendes LL, et al. Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção covid-19: uma revisão sistemática. *Desafios* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jun 10];7(3):48-74. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uftsuple2020-8943>
6. Ministério da Saúde (BR). Painel de casos de doença pelo coronavírus (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2022 [acesso 2022 Jan 5]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13th ed. São Paulo, SP(BR): Hucitec-Abrasco; 2013.
8. Souza VRDS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Abr 10];34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
9. Kaufmann J-C. A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis, RJ(BR): Vozes; 2013.
10. Silverman D. Interpretação dos dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2009.
11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 2022 Nov 4];24(1)17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

12. Ollaik LG, Ziller HM. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educ Pesqui* [Internet]. 2012 [acesso 2022 Nov 4];38(1):229-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022012005000002>
13. Silva ALM, Oliveira AS, Ruas BJS, Barbosa LPLP, Landim MEPA, Bruno RR, et al. Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. *Rev Eletrônica Acervo Cient* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jun 10];34:e8633-e8633. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e8633.2021>
14. Queadan F, Mensah NA, Tingey B, Stanford JB. The risk of clinical complications and death among pregnant women with covid-19 in the cerner covid-19 cohort: a retrospective analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jun 10];21(1):305. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03772-y>
15. Grossi M, Toniol R. Cientistas sociais e o Coronavírus [Internet]. São Paulo, SP(BR): ANPOCS; 2020 [acesso 2022 Jun 16]. Disponível em: [http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim\\_CS/livro\\_corona/Livro\\_Cientistas%20Sociais\\_eo\\_Coronavi%CC%81rus.pdf](http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/livro_corona/Livro_Cientistas%20Sociais_eo_Coronavi%CC%81rus.pdf)
16. Mirzakhani K, Shoorab NJ, Akbari A, Khadivzadeh T. High-risk pregnant women's experiences of the receiving prenatal care in COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Abr 10];22(1):363. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04676-1>
17. Stampini V, Monzani A, Caristia S, Ferrante G, Gerbino M, Pedrini A, et al. The perception of Italian pregnant women and new mothers about their psychological wellbeing, lifestyle, delivery, and neonatal management experience during the COVID-19 pandemic lockdown: a web-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Abr 15];21(1):473. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03904-4>
18. Akhter S, Kumkum FA, Bashar F, Rahman A. Exploring the lived experiences of pregnant women and community health care providers during the pandemic of COVID-19 in Bangladesh through a phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Abr 10];21(1):810. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04284-5>
19. International Confederation of Midwives. Women's rights in childbirth must be upheld during the coronavirus pandemic. [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mar 10]. Disponível em: <https://internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/spanish-statement.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Nota Informativa nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS. Recomendações acerca da atenção puerperal, alta segura e contracepção durante a pandemia da Covid-19. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2021 Mar 10]. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/SEI\\_MS-0014644803-Nota-Te%CC%81cnica-5.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/SEI_MS-0014644803-Nota-Te%CC%81cnica-5.pdf)
21. Lopes Marques SR, Escarce Gonzalez A, Lemos SMA. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Abr 10];30(2):e20170127. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>
22. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface* [Internet]. 2012 [acesso 2022 Jun 10];16(41):301-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000027>
23. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras, Sociedade Brasileira de Enfermeiras Pediatras (BR). Nota técnica referente aos cuidados da equipe de enfermagem obstétrica, neonatal e pediátrica diante de caso suspeito ou confirmado [Internet]. São Paulo, SP(BR): Abenfo; 2020 [acesso 2022 Jun 10]. Disponível em: [https://sobep.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Tecnica-COVID-19-Enfermagem-ObstA%CC%83%C2%A9%EF%B8%8Ftrica\\_Neo\\_Ped.pdf](https://sobep.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Tecnica-COVID-19-Enfermagem-ObstA%CC%83%C2%A9%EF%B8%8Ftrica_Neo_Ped.pdf)



24. Paixão JN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jan 15];42(spe):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>
25. Menezes MDO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Magalhães CG, Takemoto MLS. Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jun 10];36(8):1-5. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00164820>
26. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jun 10];S0163-4453(20)30109-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.028>
27. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance [Internet]. Genebra: WHO; 2020 [acesso 2021 Jun 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Sadler M, Leiva G, Olza I. Covid-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jun 10];28(1):1785379. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
29. Miranda FBG, Yamamura M, Pereira SS, Pereira CS, Protti-Zanatta ST, Costa MK, et al. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: scoping review. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Abr 10];25(spe):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>
30. Takemoto ML, Menezes MDO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MM, Katz L, et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jun 16];151(1):154-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese - Pandemia de covid-19 no ambiente de trabalho: perspectivas de profissionais envolvidos na assistência à saúde materna apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Maranhão, 2022.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Thomaz EBAF.

Coleta de dados: Almeida RAAS, Carvalho RHSBF.

Análise e interpretação dos dados: Almeida RAAS, Carvalho RHSBF.

Discussão dos resultados: Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARC, Thomaz EBAF.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARC, Thomaz EBAF.

Revisão e aprovação final da versão final: Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARC, Thomaz EBAF.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, parecer n. 4.234.296, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 35645120.9.0000.5086.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### EDITORES

Editores Associados: Jaime Alonso Caravaca-Morera, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### HISTÓRICO

Recebido: 05 de agosto de 2022

Aprovado: 11 de novembro de 2022

### AUTOR CORRESPONDENTE

Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida

rebeca\_aranha@yahoo.com.br