



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC  
DOUTORADO ACADÊMICO**

**NALMA ALEXANDRA ROCHA DE CARVALHO POTY**

**VIVÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E  
PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

**SÃO LUIS**

**2023**

NALMA ALEXANDRA ROCHA DE CARVALHO POTY

**VIVÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E  
PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy.

SÃO LUIS

2023

**VIVÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E  
PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Tese aprovada em 30 de março de 2023 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dra. Zeni Carvalho Lamy  
Orientadora  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPGSC  
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

Prof. Dra. Ednalva Maciel Neves  
Examinadora externo à UFMA  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

---

Prof. Dra. Jacira do Nascimento Serra  
Examinadora Externa ao PPGSC  
Departamento de Medicina I/ DEMED - CCBS  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

Pos-doc. Dra. Leidy Janeth Erazo Chavez  
Examinadora Interno ao PPGSC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPGSC  
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

Prof. Dra. Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz  
Examinadora Interno ao PPGSC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPGSC  
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

Prof. Dra. Marcela Patrícia Macêdo Belo Fort  
Examinadora externo à UFMA (SUPLENTE I)  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA

---

Prof. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho  
Examinadora Interno ao PPGSC (SUPLENTE II)  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPGSC  
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

POTY, NALMA ALEXANDRA ROCHA DE CARVALHO.  
VIVÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E  
PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 / NALMA ALEXANDRA  
ROCHA DE CARVALHO POTY. - 2023.  
127 f.

Orientador(a): Zeni Carvalho Lamy.  
Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde  
Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís  
- MA, 2023.

1. Covid-19. 2. Cuidado da criança. 3. Família. 4.  
Isolamento Social. 5. Parto. I. Lamy, Zeni Carvalho. II.  
Titulo.

*Dedico ao meu esposo Sérgio Poty que foi meu alicerce durante esse tempo de renúncias e aos meus filhos João e Pérola por me trazerem alegria, pelo simples fato de existirem.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todas as oportunidades que me proporcionou desde o início da minha vida acadêmica, obrigada por realizar todos os meus sonhos, ser doutora foi o maior deles.

À minha família, em especial meu esposo querido Sérgio, pela força, motivação, abdicar de seus planos em prol dos meus. Aos meus filhos amados João e Pérola, que compartilharam esse doutorado desde o primeiro mês que estavam sendo gerados na barriga. Estiveram comigo durante esses três anos. Filhos, vocês são meus “doutorzinhos” que acompanharam a mamãe em todas as aulas, todas as coletas, transcrições, análises e etc.

Agradeço a minha mãe Carminha por ser minha inspiração e por me ensinar o caminho do estudo. Ao meu irmão José Alexandre por trilhar comigo as dificuldades da vida e me dá força para prosseguir. Ao meu pai José Alexandre por se orgulhar de mim e assim me motivar a dá o meu melhor. Aos meus irmãos Lucas e Arthur pelas poderosas orações.

Agradeço a família do meu esposo que também é minha, minhas sogras: Nem, Lourdes e nossa vovozinha: Luísa. Elas me deram apoio e suporte nos momentos difíceis e se alegraram comigo nos momentos felizes.

À minha querida orientadora, professora Zeni Lamy, pela empatia, acolhimento, ensinamentos, por ser uma inspiração de orientadora e ser humano. A senhora tornou esse doutorado realizado em meio a uma pandemia e gestação de gêmeos mais prazeroso. Obrigada por me impulsionou a prosseguir.

Agradeço a Poliana, que também foi minha orientadora, obrigada pelos ensinamentos, por sempre está disponível para sanar minhas dúvidas em qualquer dia e hora, pelo empenho para realização dessa pesquisa, sem você também não seria possível.

A todos os participantes do NESS, que me ajudaram em cada etapa de desenvolvimento deste estudo, sem os quais todo este trabalho teria sido impossível. Agradeço imensamente pelo empenho desta equipe de pesquisa. Em Especial Agatha, Naara e Dina. Obrigada pelo apoio!

Agradeço as minhas grandes amigas Bela, Dudu, Camila, Carol e Natália, por dividirem comigo todas as angústias e alegrias dessa trajetória, sem o apoio de vocês não conseguiria. Obrigada por se fazerem presente mesmo a 438 km de distância.

Agradeço as minhas professoras da Universidade Federal do Piauí (UFPI), por serem inspiração lá no começo da graduação, em especial profa Marcia Teles, Profa Lia, profa Silvana e Profa. Rosilane. Obrigada por acreditarem em mim.

À minhas amigas do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) Ana Cláudia, Rebeca, Emanuelle pelo pela força, entusiasmo e incentivo a cada etapa vivida nessa trajetória.

Aos meus colegas da turma 2020 do PGSC: Joelmara, Mariana e Douglas e por dividirem comigo todo esse percurso, auxiliando nas disciplinas, trabalhos e sempre disponíveis para ajudar uma mãe doutoranda.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela qualidade, organização e compromisso. Aos professores e colaboradores do Programa pela oportunidade de crescimento, saberes compartilhados e incentivos ao aperfeiçoamento profissional ao longo desta trajetória.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) pela oportunidade de formação.

Às as participantes que se disponibilizaram em participar desse estudo, relatando momentos tão importante de suas vidas em um período tão marcante para elas e para o mundo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento do estudo.

*"Somos quem podemos ser, sonhos que podemos ter" (Humberto Gessinger)*



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão das participantes do estudo (HUUFMA e MACMA), São Luís - MA, 2022.....	139
--	-----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCON – Alojamento Conjunto

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

CPP – Contato pele a pele

DNV - Declaração de Nascido Vivo

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

MACMA - Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão

MERS-CoV - Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-Nascido Pré-termo

SARS-CoV - Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCINCa - Unidade de Cuidados Intermediários Canguru

UCINCo - Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa qualitativa intitulado “A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS”. Trata-se de pesquisa vinculada ao grupo cadastrado nos Diretórios de Pesquisa do CNPq “Núcleo de Estudo sobre Saúde e Subjetividade (NESS)”, que contou com a colaboração de pesquisadores, alunos de pós-graduação e de graduação vinculados ao NESS.

### **Produtos desenvolvidos até a presente data:**

**Tese de doutorado** (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva): **VIVÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**. Defesa realizada em março de 2023.

**Artigo 1:** Sonhos interrompidos: experiências de parto durante a pandemia da covid-19. Submetido à **Revista da Escola de Enfermagem da USP** (Qualis A2).

**Artigo 2:** Desafios no cuidado de crianças nascidas de mães com diagnóstico de covid-19 durante a pandemia. Aceito na **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Qualis A3).

**Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Medicina): Barreiras de acesso e estratégias na busca por atendimento pré-natal durante a pandemia de COVID-19.

**Artigo 3:** Acesso a assistência pré-natal durante a pandemia de covid-19 na perspectiva das gestantes. Submetido a **Revista Texto & Contexto** (Qualis A4).

**Defesa:** fevereiro de 2023.

**Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Medicina): Percepção do risco de infecção por COVID-19 e adesão às medidas de prevenção entre gestantes.

**Artigo 4:** Percepção do risco de infecção por COVID-19 e adesão às medidas de prevenção entre gestantes. A ser submetido à **Revista Interfaces - Saúde, Humanas e Tecnologia** (Qualis A3). **Defesa agendada para:** março de 2023.

**Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Medicina): Experiências de adoecimento de gestantes e puérperas acometidas pela COVID-19.

**Defesa agendada para:** março de 2023.

**Iniciação Científica** (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica cota 2021-2022): Percepções de mulheres sobre a pandemia de COVID-19 durante a gestação e puerpério. Tipo de bolsa: PIBIC/CNPq

**Iniciação Científica** (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica cota 2021-2022): Experiências de adoecimento de gestantes e puérperas acometidas pela COVID-19. Tipo de bolsa: PIBIC/FAPEMA.

**Iniciação Científica** (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica cota 2022-2023): Experiências de mulheres em relação ao parto durante a pandemia de COVID-19. Tipo de bolsa: PIBIC/FAPEMA.

**Iniciação Científica** (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica cota 2022-2023): Acesso ao pré-natal: barreiras enfrentadas por mulheres durante a pandemia de COVID-19. Tipo de bolsa: PIBIC/UFMA.

### **Trabalhos apresentados em Eventos Científicos**

25° Congresso Brasileiro de Perinatologia (2021)

**Título do trabalho 1:** Experiências de mães nos cuidados de crianças durante a pandemia de COVID-19. Modalidade: Pôster.

**Título do trabalho 2:** Barreiras de acesso e estratégias na busca por atendimento pré-natal durante a pandemia de COVID-19. Modalidade: Pôster.

1° Congresso Maranhense de Pediatria (2021)

**Título do trabalho 1:** Adoecimento por COVID-19 durante a gestação: experiências de mulheres em busca de cuidado. Modalidade: Pôster

**Título do trabalho 2:** Percepções de mulheres sobre a pandemia de COVID-19 durante a gestação. Modalidade: Pôster.

40° Congresso Brasileiro de Pediatria (2022)

**Título do trabalho 1:** Sonhos interrompidos: experiências de parto durante a pandemia de COVID-19. Modalidade: Pôster.

**Título do trabalho 2:** A caminho do parto: incerteza e insegurança durante a pandemia de COVID-19. Modalidade: Pôster.

2° Congresso Maranhense de Pediatria (2021)

**Título do trabalho 1:** O cuidado de crianças no domicílio durante a pandemia de COVID-19: experiências de mães. Modalidade: Pôster.

**Título do trabalho 2:** O cuidado de crianças na rede de saúde durante a pandemia de COVID-19: experiências de mães. Modalidade: Pôster.

13° Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2022)

**Título do trabalho 1:** Imaginário das ameaças da COVID-19 frente a (in)existência do risco: perspectiva de gestantes. Modalidade: Apresentação curta assíncrona.

**Título do trabalho 2:** Adesão às medidas de prevenção à COVID-19: experiência de mulheres durante a gestação. Modalidade: Apresentação curta assíncrona.

POTY, Nalma Alexandra Rocha de Carvalho. **VIVÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**, 2023, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, p.128.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A pandemia de covid-19 trouxe mudanças no modo de vida das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal. Agregado ao risco inerente à doença e à determinação de isolamento social, as mães que vivenciaram a pandemia não foram apenas afetadas por questões relacionadas à gravidez e parto, mas também por influências externas que podem ter impactado em suas vidas durante esse período. **OBJETIVO:** Analisar as vivências de mulheres em relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de covid-19. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa, realizada em duas maternidades de referência para o atendimento de casos de covid-19, no Maranhão, Brasil, com mulheres que tiveram o diagnóstico laboratorial (RT – PCR para covid-19) confirmado, durante a primeira onda da pandemia, período de março de 2020 a novembro de 2020. O levantamento da população de estudo ocorreu de setembro a novembro de 2020. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2020 a maio de 2021, utilizando a entrevista semiestruturada, a partir de 2 instrumentos. O primeiro foi um questionário estruturado com dados sociodemográficos e clínicos da mulher e do recém-nascido e, o segundo foi um roteiro semiestruturado com questões abertas. Foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática. **RESULTADOS:** Realizaram-se 20 entrevistas que evidenciaram que, para as mulheres do estudo, receber a notícia da pandemia de covid-19 foi uma experiência devastadora que provocou insegurança, medo e necessidade de reorganização dos planos para o parto. Dessa forma no momento do parto e nascimento os problemas de acesso aos serviços, retrocessos na garantia de direitos e de boas práticas já consolidadas, impactaram na qualidade da assistência materna e infantil. As participantes perceberam mudanças no cuidado no ambiente hospitalar causadas pelo medo da contaminação. Logo após o retorno ao domicílio, relataram dificuldades para conseguir consultas puerperal e de puericultura, o que significou a interrupção da assistência à saúde em alguns casos ou a busca por serviços privados. Entretanto os testes de triagem neonatal e vacinação foram mantidos, com as devidas reorganizações. O medo da exposição dos filhos ao coronavírus fez com que restringissem as visitas de parentes e amigos, o que contribuiu para a fragilização das redes de apoio. As medidas de higiene no domicílio foram intensificadas. A amamentação foi considerada uma estratégia fundamental de cuidado, que não traria malefícios, se seguissem as recomendações de saúde pública durante a prática. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A busca por cuidados pelas mulheres que necessitaram de atendimento obstétrico no período da pandemia foi marcada por dificuldades, expondo e intensificando fragilidades do sistema de saúde, especialmente o acesso aos serviços e a utilização de boas práticas, repercutindo negativamente sobre as suas experiências no parto e nos cuidados com o filho. A pandemia, também provocou mudanças nas redes de apoio e reestruturação nos modelos tradicionais de cuidados familiares, o que teve impacto na vida das mulheres e das crianças.

**PALAVRAS-CHAVE:** Covid-19; Parto; Família; Isolamento Social; Cuidado da criança.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The covid-19 pandemic brought changes in the way of life of women during the puerperal pregnancy cycle. Added to the inherent risk of the disease and the determination of social isolation, mothers who experienced the pandemic were not only affected by issues related to pregnancy and childbirth, but also by external influences that may have impacted their lives during this period. **OBJECTIVE:** To analyze the experiences of women in relation to pregnancy, childbirth and the puerperium during the covid-19 pandemic. **METHOD:** Qualitative research, carried out in two reference maternity hospitals for the care of cases of covid-19, in Maranhão, Brazil, with women who had the laboratory diagnosis (RT - PCR for covid-19) confirmed, during the first wave of the pandemic, period from March 2020 to November 2020. The survey of the study population took place from September to November 2020. Data collection took place from November 2020 to May 2021, using a semi-structured interview, based on 2 instruments. The first was followed by sociodemographic and clinical data of the woman and the newborn, and the second was a semi-structured script with open questions. Content analysis was used in the thematic modality. **RESULTS:** There were 20 interviews that showed that, for the women in the study, receiving the news of the covid-19 pandemic was a devastating experience that caused insecurity, fear and the need to reorganize plans for childbirth. Thus, at the time of delivery and birth, problems of access to services, setbacks in guaranteeing rights and good practices already consolidated, impacted the quality of maternal and child care. Participants noticed changes in care in the hospital environment caused by fear of contamination. Soon after returning home, they reported difficulties in getting puerperal and childcare consultations, which meant interrupting health care in some cases or seeking private services. The fear of their children's exposure to the coronavirus made them restrict visits from relatives and friends, which contributed to the weakening of support networks. Hygiene measures at home were intensified. Breastfeeding was considered a fundamental care strategy, which would not cause harm if public health recommendations were followed during practice. **FINAL CONSIDERATIONS:** The search for care by women who needed obstetric care during the pandemic period was marked by difficulties, exposing and intensifying weaknesses in the health system, especially access to services and the use of good practices, negatively affecting their experiences in childbirth and in child care. The pandemic also caused changes in support networks and restructuring of traditional models of family care, which had an impact on the lives of women and children.

**KEYWORDS:** Covid-19; Childbirth; Family; Social isolation; Child care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
<b>4 REFERÊNCIAL TEÓRICO</b>	<b>20</b>
4.1 Repercussões da pandemia de covid-19 no ciclo gravídico puerperal	20
4.2 Cuidar do filho durante a pandemia de covid-19	24
4.3 Apoio social na gestação, parto e puerpério	27
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>31</b>
5.1 Tipo de estudo	31
5.2 Local do estudo	31
5.3 Participantes do estudo	32
5.4 Técnica e instrumentos de coleta de dados	33
5.5 Passos para a coleta de dados	33
5.6 Análise dos dados	34
5.7 Aspectos éticos	34
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>35</b>
6.1 Artigo 1	35
6.2 Artigo 2	54
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>83</b>
APÊNDICE A - Questionário Estruturado - Perfil sociodemográfico	95
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada	98
APÊNDICE C - Roteiro para abordagem por telefone	101
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido	102
APÊNDICE E - Caracterização sociodemográficas e clínica das mulheres entrevistadas	104
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	108
ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética da OPAS	111
ANEXO C - Instrução aos autores (Escola Anna Nery Revista de Enfermagem)	123

## 1 INTRODUÇÃO

Documentado pela primeira vez no final de dezembro de 2019, o novo Coronavírus foi caracterizado por um conjunto de quatro casos de pneumonia de etiologia desconhecida em Wuhan, China. Em 11 de fevereiro de 2020, foi denominada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de covid-19, se espalhou rapidamente pelo mundo e em 11 de março de 2020 foi definido como uma pandemia (WHO, 2020).

Com o aumento surpreendente de casos de morte e casos graves em todo o mundo surgiu a necessidade de isolamento social, fechamento de fronteiras, interrupção do fornecimento de bens e serviços, dentre outras medidas restritivas com a finalidade de conter a propagação do vírus (ALI, 2020; ENNIS-MCMILLAN; HEDGES, 2020). Trazendo consigo mudanças em todos os aspectos da vida, trabalho, escola, recreação, viagens, economia e interações com amigos e familiares (MORENS et al., 2020).

Logo, após análises detalhadas dos casos mais graves evidenciou-se que as taxas de mortalidade estavam relacionadas, não apenas com a idade, mas também com a presença de predisposições de cada indivíduo (GUAN et al., 2020). A importância dessas “condições pré-existentes” como um componente sinérgico da própria trajetória da doença, e não apenas o pano de fundo do grande número de óbitos pela covid-19 determinam a necessidade de compreensão de sua natureza sindêmica (HERRICK, 2020).

Nesse momento questionou-se se gestantes e recém-nascido (RN) estariam dentro desse grupo de risco, entretanto as primeiras informações divulgadas nos meios de comunicação foi de que esse público seria pouco atingido, tomando como base os estudos iniciais na população obstétrica que afirmaram que não havia maior susceptibilidade das gestantes às complicações da covid-19 (SHEM et al., 2020), trazendo uma falsa sensação de segurança. O fato de muito raramente o vírus SARS-CoV-2 ser detectado no líquido amniótico e no leite materno, e ausência de relatos de contaminação dos RN por transmissão vertical contribuiu para que houvesse menor preocupação com esse público (ZHANG et al., 2020).

Entretanto, à medida que a compreensão sobre a infecção por SARS-CoV-2 se desenvolveu e casos de gestantes com doença grave e óbitos maternos decorrentes da covid-19 foram aparecendo, surgiram preocupações sobre o efeito do covid-19 na gravidez. A experiência anterior limitada com Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) e o Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), mostrou um risco aumentado de resultados adversos na gravidez, incluindo parto prematuro, pré-eclâmpsia e morte perinatal, ou seja, o sugerem que mulheres grávidas e seus fetos são particularmente



suscetíveis a maus resultados (BESLIN et al., 2020; ALFARAJ, AL-TAWFIQ, MEMISH, 2019; ZAIGHAM; ANDERSSON, 2020), a partir de então elas foram identificadas como um grupo vulnerável e foram aconselhadas a tomar precauções adicionais conforme a pandemia de covid-19 estava eminente (MASCIO et al, 2020).

Dessa forma, durante a pandemia de covid-19, as mulheres grávidas têm sido vulneráveis tanto aos “efeitos diretos” da infecção quanto aos “efeitos indiretos” da interrupção dos serviços essenciais de saúde e restrições à interação social. Há evidências de que as mulheres que apresentam uma infecção por SARS-CoV-2 durante a gravidez podem ter taxas mais altas de morbidade e mortalidade materna, incluindo parto prematuro, pré-eclâmpsia e cesariana de emergência; morbidade neonatal; e morbidade e mortalidade perinatal, incluindo natimortos (VILLAR, 2021).

As políticas de distanciamento físico e controle de infecção, a fim de reduzir os riscos de transmissão para mulheres grávidas e profissionais de saúde, alteraram a forma como a assistência à saúde vinha sendo prestados às mulheres grávidas, como a suspensão de muitos cuidados pré-natais de rotina, substituição por consultas por vídeo ou telefone sempre que possível (aumento do uso de telessaúde) (BRADBURY-JONES; ISHAM, 2020; RANZCOG, 2020).

Até mesmo na própria dinâmica do acompanhamento do parto, que também sofreu modificações e restrições, a exemplo, da presença do acompanhante, a privação do contato pele a pele com o RN, as dificuldades impostas para o aleitamento materno. Além disso, foi restringindo o acesso de puérperas e seus RN no acompanhamento pós alta (WILSON et al., 2020; TRAPANI et al., 2020). Ou seja, atingindo todo o ciclo gravídico puerperal.

Agregado ao risco inerente à doença, a determinação de isolamento social trouxe mudanças na vivência das mães. A necessidade de proteger o filho em tempos de Pandemia, as medidas de restrição, as novas orientações relativas às rotinas de cuidados com o RN trouxeram a necessidade de adaptações. As preocupações e os questionamentos foram intensos, mostrando que existem desafios diários que acompanham tanto familiares quanto profissionais da saúde durante a Pandemia de covid-19 (CUSTÓDIO et al., 2020).

Essa vivência é conceituada como a interpretações sobre uma determinada situação objetiva que os sujeitos apreendem e se posicionam cognitivamente e afetivamente, e a partir disso tomam consciência sobre a situação e a utilizam para nortear suas ações, uma vez que ele modifica sua atitude e compreensão acerca da situação experienciada (TOASSA; SOUZA, 2010).

Nesse contexto, a partir da vivência, pode-se destacar a importância da capacidade dos indivíduos de acessarem, compreenderem e usarem informações de forma que os ajudem a manter e promover a saúde. Essa capacidade tem sido denominada de literacia em saúde, um meio de empoderamento da população, que confere a estes autonomia e capacidade de usar as informações de saúde de maneira efetiva, assim a literacia envolve um conjunto de competências cognitivas e sociais (NUTBEAM, 2020). Considerando o cenário pandêmico a literacia em saúde torna-se importante no cuidado das mães aos seus filhos, como um meio de agir de forma mais racional e estratégica.

Todas essas mudanças e orientações precisavam ser entendidas e elaboradas pelas mães e famílias para nortear as tomadas de decisão. Assim, o conhecimento materno relacionado às medidas de prevenção, às formas de transmissão do vírus e isolamento social, foram decisivos para o enfrentamento da situação e estavam muito pautados nas informações veiculadas pelas mídias sociais e televisivas que, naquele momento, era considerado pertinente (REICHERT et al., 2021). Essa pesquisa pretende dar luz a esses desafios e dificuldades.

Ressalta-se que as mulheres no ciclo gravídico puerperal vivenciando uma pandemia não são apenas afetadas por questões relacionadas à gravidez e parto, mas também por influências externas que podem ter impactado suas vidas diretamente durante esse período, como restrições impostas às interações físicas, o medo do desconhecido e da própria morte (WHITAKER et al., 2021; KHOURY et al., 2021).

Ainda se sabe muito pouco sobre a vivências de mulheres no período gravídico puerperal durante a pandemia de covid-19, o que tem disponível são estudos relacionados a letalidade, morbimortalidade, transmissibilidade via aleitamento materno e outras formas, além de impactos fisiológicos e psicológicos do binômio mãe e filho durante esse período.

Porém, é necessário investigar mais profundamente acerca das vivências durante esse período de crise e suas implicações sociais. Departamentos de saúde de todo mundo recomendam a utilização de experiências relatadas por mulheres como prioridade para melhorar a qualidade dos cuidados materno-infantil (ATMURI et al., 2022). Colaborando no desenvolvimento da assistência centrada na mulher e minimizando o impacto psicossocial que o covid-19 trouxe.

## 2 JUSTIFICATIVA

A velocidade com que a pandemia de covid-19 se alastrou pelo mundo foi devastadora, atingindo públicos e faixas etárias diversas, tornando grave especialmente para a população mais vulnerável. Ela demonstrou ter efeitos profundos nas mulheres no seu ciclo gravídico puerperal e no neonato em todo o mundo, particularmente no seu bem-estar psicossocial. Apesar disso, tem havido investigações qualitativas limitadas sobre as experiências dessas mulheres durante a pandemia.

Destaca-se a importância desse tipo de pesquisa, que pode fornecer informações sobre as experiências vividas por essas mulheres nesse momento de fragilidade, exacerbando desigualdades sociais, sanitárias e econômicas. É necessário compreender a reorganização da atenção à saúde obstétrica para atender às demandas geradas pela pandemia, o papel e o impacto nos níveis internacional, nacional e local.

Sabe-se que essa pandemia causará impacto a curto, médio e longo prazo. Gerenciar esse impacto exige um esforço conjunto, não apenas dos profissionais de saúde, mas também de pesquisadores e governantes. Há necessidade de mais pesquisas, e, a partir das demandas dessa população, gerar novas possibilidades, buscando desenvolver intervenções direcionadas, estratégias terapêuticas eficazes e que esforço conjunto possa gerar novas possibilidades, capazes de provocar mudanças de atitudes e condutas, além de favorecer a autonomia e a tomada de decisão.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar as vivências de mulheres em relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de covid-19.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar as mulheres entrevistadas;
- Conhecer suas percepções sobre gravidez, parto e puerpério durante a pandemia de covid-19;
- Identificar os seus mecanismos de enfrentamento durante a pandemia de covid-19;
- Compreender as principais mudanças em relação aos cuidados com a saúde neste período;
- Compreender as mudanças nas redes de apoio relacionadas à necessidade de isolamento social.

## 4 REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 4.1 Repercussões da pandemia de covid-19 no ciclo gravídico puerperal

A gestação é um período com diversas alterações fisiológicas, respiratórias e imunológicas que lhes são próprias, onde ocorre modificações anatômicas e até um estado de imunodeficiência próprio desse momento, que pode facilitar o surgimento de complicações. Como há maior vulnerabilidade na sua saúde da mulher em geral, aumenta o risco de morbimortalidade. Devido a isso, esse público foi classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como grupo de risco para grupo de risco para a contaminação da covid-19 (ALFARAJ; AL-TAWFIQ; MEMISH, 2019; ZAIGHAM; ANDERSSON, 2020).

Semelhante a pandemia de covid-19, durante as infecções causadas pelos vírus influenza H1N1 e MERS-CoV, ocorridas em 2002, 2009 e 2012, respectivamente, as gestantes apresentaram complicações diversas, como febre, tosse e dispneia (ALFARAJ; AL-TAWFIQ; MEMISH, 2019). Quanto a influenza H1N1, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro relatou oficialmente 49 mortes maternas em um período de 12 meses (BRASIL, 2009).

Já quando se trata da covid-19 o estudo publicado na revista médica *International Journal of Gynecology and Obstetrics* revelou que, do início da pandemia até 18 de junho de 2021 (18 meses), foram notificadas 160 mortes de grávidas e puérperas em todo o mundo, sendo 124 delas no Brasil. Esses números apontam que o país é responsável por 77% das mortes mundiais. O *paper*, intitulado “A tragédia da covid-19 no Brasil”, acrescentou ao expor também a falta de acesso à assistência (SANTOS et al., 2020).

Destaca-se ainda que o número de infecções por covid-19 nesse grupo pode ser subnotificado, pois durante período apenas mulheres com sintomas graves eram testadas. Além disso, a maioria desses óbitos aconteceu no puerpério (período de até 42 dias após o parto), com importante associação a três comorbidades: obesidade, doença cardiovascular e diabetes; 28% das mulheres que morreram não chegaram sequer a dar entrada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 15% não receberam nenhuma modalidade de assistência ventilatória; entrando ou não na UTI, apenas 64% foram entubadas e ventiladas (TAKEMOTO et al., 2020).

A elevada taxa de mortalidade por covid-19 no Brasil em gestantes e puérperas no período pós-parto está relacionado a problemas crônicos na assistência obstétrica, que podem afetar os resultados maternos e perinatais, como assistência pré-natal de baixa qualidade, recursos insuficientes para gerenciar cuidados de emergência e críticos, disparidades raciais no

acesso a serviços de maternidade, violência obstétrica, que juntamente com a pandemia representam barreiras adicionais para o acesso aos cuidados de saúde (NASOM et al., 2020).

Tendo em vista esse cenário, a necessidade de cuidado especial com as mulheres no ciclo gravídico puerperal durante a pandemia levou à inclusão de uma assistência específica dessas mulheres nos planos de prevenção, preparação e resposta contra o vírus, por ser uma doença pandêmica com vias de transmissão ainda incertas naquele momento e ameaçadora a saúde materno-infantil (WASTNEDGE et al., 2021).

Assim, foi realizado medidas como o distanciamento social e fechamento de serviços não essenciais. Gestantes e puérperas encararam um cenário desafiador, marcado pela falta de informações e evidências inconclusivas sobre o comportamento do vírus, especialmente sobre a transmissão vertical. Vivenciaram, também, diversas alterações nas práticas assistenciais com o cancelamento de cursos e rodas de conversas, restrições à presença do parceiro durante o parto e visitas, além da interrupção de consultas presenciais e exames eletivos (MOTRICO et al., 2021).

Assim, a tentativa de garantir a continuidade da assistência, o MS lançou a Nota Técnica nº7/2020 para assegurar a manutenção das consultas, garantindo, às mulheres, o direito da assistência humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Foi recomendada a continuidade da atenção pré-natal, destacando a prevenção de aglomerações e boas práticas de higiene, mantendo os atendimentos, ainda que com espaçamento da consulta e se possível, com o complemento de teleorientação (BRASIL, 2020)

A teleorientação foi uma ferramenta útil durante a gestação, no enfrentamento da pandemia e consiste em uma medida de acolhimento ao usuário durante o processo saúde-doença que visa avaliar o estado do paciente, investigando possíveis sinais e sintomas, esclarecer dúvidas, orientar sobre cuidados necessários e o encaminhamento aos serviços de saúde (RECIFE, 2020).

Quando se fala de parto, a pandemia afetou significativamente as expectativas das gestantes, ao desencadear ou acentuar o medo do parto, assim como ao provocar retrocessos às práticas de assistência ao parto. Os serviços de obstetrícia ficaram enfraquecidos e precisaram se adaptar sob condições muito desafiadoras, buscando respeitar os direitos na gravidez e no parto (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020). Observou-se uma redução na qualidade da assistência do trabalho de parto (taxa reduzida de assistência individual, menor mobilidade durante o parto e menor taxa de ausculta intermitente (WHO, 2020).

O medo do parto, muito prevalente em algumas partes do mundo (KOC et al., 2020), pode aumentar quando uma mulher é privada de apoio familiar, não está familiarizada com a

equipe médica e teme que o bebê contraia o vírus durante a gravidez ou parto ou que ela será separada de seu RN após o nascimento. A indefinida ambiguidade de segurança persistente sobre a segurança da amamentação com covid-19 e a possibilidade de que o RN seja internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) representam fontes adicionais de tensão (ALMEIDA et al., 2020).

Estudos revelam que mulheres grávidas infectadas por covid-19 correm maior risco de realizar uma cesariana, nascimento prematuro e complicações maternas e neonatais no período pós-parto do que a população grávida em geral. Também pode haver ocorrência de feto natimorto, asfíxia e morte neonatal, baixo peso ao nascer e sofrimento fetal (MO et al., 2021). Ressalta-se que a taxa de cesariana no Brasil está entre as mais altas do mundo, mesmo antes da pandemia (NASOM et al., 2020).

A crise causada pela pandemia impacta na qualidade da atenção e gera maior exposição para o aumento de taxas de cesarianas realizadas sem indicação clínica, aumentando a violência de gênero, obstétrica e institucional. Essas condições podem repercutir de forma intensa e negativa na experiência reprodutiva das mulheres, na saúde de bebês, famílias e comunidade, que podem comprometer a experiência positiva de parto (WHO, 2018) e elevar o risco de morte materna e neonatal (LI et al., 2020).

Além disso, estudos mostram que a pandemia de covid-19 ter aumentado o número de cesarianas e partos prematuros por indicação materna, o que é preocupante, tendo em vista as consequências da prematuridade para a mãe e o RN (GABRIEL, et al., 2020).

Outra repercussão está relacionada a saúde mental dessas mães durante a pandemia, tendo em vista que o período perinatal (gravidez e primeiro ano pós-parto) é um período de alta vulnerabilidade a problemas de saúde mental. Aproximadamente uma em cada sete mulheres perinatais experimenta aumento da ansiedade, depressão e angústia. O risco é ainda maior entre as mulheres que vivenciam uma gravidez de alto risco (FAIRBROTHER et al., 2017). Durante a pandemia de covid-19 problemas psicológicos entre esse público se intensificava. As mulheres tinham receio das complicações que poderiam ocorrer durante o período da gestação e no momento do parto, além da possibilidade de transmissão vertical do vírus (HOFFMANN et al., 2020).

Além disso, durante todo o ciclo gravídico puerperal essas mulheres experimentaram angústias relacionadas a restrições de movimento, diminuição da socialização e do envolvimento em rotinas normais, além de preocupações sobre sua própria saúde e de seu(s) filho(s) e entes queridos. Outras dificuldades contribuíram para o sofrimento perinatal, como: dificuldades de acesso a cuidados de saúde, redução dos profissionais de saúde, risco de

infecção nos ambientes de saúde, restrições à presença de parceiros no pré-natal e no nascimento e/ou durante o período pós-parto (SIKAR; MEEDYA; RAVALDI, 2020).

A dificuldade financeira é outro fator significativo para o sofrimento mental, com taxas de desemprego em níveis nunca vistos nas últimas décadas. Nos Estados Unidos, mais de 50 milhões de pessoas entraram com pedidos de seguro-desemprego, representando um terço da força de trabalho (DEPARTAMENTO DO TRABALHO, 2020). Muitas famílias, sem condições de pagar o aluguel foram despejadas e ficando desabrigadas e até abrigos foram fechados à medida que o número de infectados crescia (ALMEIDA et al., 2020). A detecção e ajuda precoce das dificuldades econômicas das gestantes durante o período de pandemia é recomendada para proteger sua saúde mental (PELIN; KARACAB, 2021).

O cenário de pandemia desencadeado pela covid-19 e as consequentes medidas de mitigação (distanciamento social, quarentena e isolamento social) têm acarretado a intensificação do sofrimento psíquico para determinados grupos, dentre eles estão as mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Depressão, medo, ansiedade e outros sintomas psicóticos configuram-se nos principais impactos psicológicos que afetaram a saúde mental de gestantes e puérperas durante esse período, refletindo assim os contextos sociais, políticos e culturais em que elas estão inseridas (VIEIRA et al., 2020).

Quando a gestante/puérpera está com suspeita ou por diagnóstico positivo para covid-19 esses sentimentos se intensificam, elevando assim o grau ansiedade, estresse, e em alguns casos, depressão pós-parto (JARDIM et al., 2019). Além disso, ainda há outro fator preocupante e que aumenta esse sofrimento nessas puérperas com diagnóstico positivo para covid-19 é a amamentação, visto que essas mulheres, em alguns locais, como medida de proteção, não puderam ter contato direto com seu RN, como planejado durante a gestação (PAZ et al., 2020).

Frente aos ajustes necessários para segurança, durante a pandemia, percebe-se que o cumprimento de protocolos padrões no período, como distanciamento entre os leitos da mãe e do neonato, no período de internação, pode contribuir para repercussões psicológicas e frustração exacerbada para essas mães. Além de interferir em mecanismos essenciais da amamentação, que se relacionam com o contato e a proximidade mãe com o RN, levando-a, muitas vezes, a temer esse ato como algo negativo para segurança do seu filho (SILVA; PACHECO; GUIMARÃES, 2022).

A separação documentada entre a mãe e o RN no pós-parto imediato, ocorreu por que inicialmente foi levantado que a covid-19 traria complicações de saúde do RN. A carência de apoio disponível para ajudar a mãe infectada com seu filho, devido às restrições de visitantes, também, pode ter contribuído para essa separação (CDC, 2019). No contexto da pandemia e



das repercussões sanitárias que permeiam os serviços de saúde, as mulheres grávidas encontraram mais dificuldades para que as escolhas fossem escutadas, acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais da saúde.

#### **4.2 Cuidar do filho durante a Pandemia de covid-19**

O nascimento de um filho representa uma experiência crítica na vida da mulher, acarretando diversas mudanças tanto a nível individual (físico e psicológico) como interpessoal (GUZZO; HAYFORD, 2020). Essa experiência pode impactar negativamente no bem-estar individual, levando a várias formas de angústia e/ou doenças (MOHAMIED, 2019; PELLOWSKI et al., 2019).

Quando esse filho nasce em meio a uma pandemia, em meio a um isolamento social global concomitante à exposição constante ao vírus são dois elementos que, apesar de antagônicos, são interdependentes e necessários para buscar uma nova organização que alcance a saúde física e mental das mães seus filhos, tornando vulnerável o vínculo mãe-bebê e a construção de relacionamento que ocorre após o nascimento (CINDY et al., 2022).

Essas mães estão lidando com tarefas adicionais, como cuidar de crianças, se houver outras crianças em casa, uma vez que escolas e creches fecharam em muitos lugares por um período indeterminado, ou a família optou por mantê-los em casa por tempo aos medos de contaminação. As mães solteiras são atingidas ainda mais duramente. Os avós idosos podem não ser capazes de ajudar, ou mesmo visitar, devido ao risco elevado da covid-19 relacionado à idade (ALMEIDA et al., 2020).

Nessa conjuntura é importante discutir acerca da autoeficácia materna, que conceitua-se como a crença ou confiança da mãe em sua capacidade de cuidar de seu bebê. Estudos mostram que a maior autoeficácia materna está relacionada a níveis mais altos de emoções positivas das mães, compatibilidade, cuidado ao filho e menor depressão pós-parto, o que, por sua vez, pode promover o vínculo mãe-bebê (TROUTMAN et al., 2012).

A busca por cuidados de saúde com as crianças que nasceram nesse período foi marcada por dificuldades ocasionadas ou potencializadas pelas novas adequações nas rotinas da rede de saúde, subsidiadas pelas recomendações emitidas pelo Ministério da Saúde e das instituições de pesquisa dedicadas ao enfrentamento da pandemia da covid-19 no Brasil.

O seguimento aos lactentes nascidos foi interrompido, causando insegurança para família na prestação de cuidados. Antes da pandemia, os fatores relacionados à descontinuidade do seguimento eram, principalmente: percepção das mães sobre a necessidade do seguimento

ambulatorial, organização do serviço, condição socioeconômica da família e apoio social percebido pelas mães (DINIZ et al., 2019).

Com a pandemia, essa situação se agravou, pois, somou-se a isso o medo das mães de irem até o serviço de saúde e se infectarem ou infectarem os filhos, houve a redução do público atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS) para não gerar aglomeração, gerando longas filas de espera e ainda o adoecimento dos profissionais pela covid-19 e afastamento de outros por serem grupos de risco, dentre outras questões.

Essa realidade repercute no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, bem como na qualidade de vida, visto que os primeiros anos de vida da criança são primordiais para o pleno desenvolvimento. O seguimento ambulatorial tem grande contribuição para o diagnóstico oportuno de alterações no crescimento e desenvolvimento, encaminhamento para atendimentos especializados, redução de morbimortalidades e suporte aos pais para o cuidado aos filhos. Além do registro das informações referentes ao seguimento, pois possibilita o conhecimento dos resultados do cuidado às crianças (MUSHTAQ; KAZI, 2019; BRAGA et al., 2017).

Um dos fatores relacionados à redução desses serviços foram os afastamentos de médicos, enfermeiros e técnicos durante a pandemia, os quais precisaram se isolar para recuperação e declínio do ciclo de transmissibilidade. Muitos profissionais da saúde foram infectados pelo SARs-CoV2, o que pode ter gerado déficit desse grupo nos serviços de saúde (REMUZZI; REMUZZI, 2020). Além disso, durante esse período, o número de consultas, o quantitativo de profissionais e as clínicas de seguimento foram reduzidos, com intuito de diminuir a aglomeração (RAO et al., 2021; SEMAAN et al., 2020).

Essa nova organização do trabalho para o atendimento e a assistência pode contribuir para perda significativa do vínculo ou mesmo o rompimento da relação profissional-paciente. Assim, para o enfrentamento da pandemia, foram necessárias readaptações na rotina dos profissionais e dos serviços de saúde, com incorporação de estratégias, para que o serviço funcione, incluindo novas formas de cuidado a distância, com o uso de tecnologias de informação e comunicação, como mídia social e telefone celular, para realização de teleconsulta (MEDINA et al., 2020).

O formato de trabalho foi repensado pelas equipes de atenção primária, os agendamentos constituíram a estratégia mais utilizada para evitar que os pacientes aglomerassem na recepção das unidades (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021).

Os pais no qual os filhos foram internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal experienciam momento de difícil integração do trinômio pais-bebês-equipe multiprofissional,

em decorrência do tempo pandêmico que requer medidas de distanciamento e isolamento social e que implicam diversas restrições no ambiente hospitalar (CHAVES et al., 2021).

Nessas UTIN, foi suspensa a visitação de quaisquer membros da família que não fossem os pais, à exceção da impossibilidade da presença destes. Enfatiza-se que a ausência dos avós e outros familiares interfere negativamente na construção de vínculo entre o binômio bebê e família ampliada e na possibilidade de escuta qualificada com potencial de intervenção direta a estes membros (MACHADO, 2022).

As medidas restritivas relacionadas ao acesso da família à UTIN possibilitam algum controle relacionado à exposição ao vírus no ambiente hospitalar. Talvez, isso corrobore sensação de segurança maior aos profissionais atuantes e aos bebês que estão sob cuidados intensivos. Porém, cabe sublinhar que essas medidas podem atravessar arduamente as conquistas relacionadas às práticas facilitadoras de vínculos e proteção neurossensorial dos neonatos, aumentando o desafio da equipe multiprofissional na prestação dos cuidados (MORSCH, 2020).

É importante destacar que, apesar de a covid-19 ter acometido poucos Recém-Nascidos (RN), a doença tem gerado importantes mudanças no modelo de atenção humanizada ao Recém-Nascido Pré-termo (RNPT) e/ou de baixo peso, com a interrupção temporária da segunda etapa do Método Canguru. Essa descontinuidade do método é contrária às atuais diretrizes do MS, que recomendam que as UCINCas não devem ser fechadas nem restritas durante a pandemia, uma vez que a finalidade desse método é reduzir os índices de morbimortalidade infantil (BRASIL, 2020).

Certamente, as tecnologias de comunicação passaram a ser peça-chave das estratégias de cuidado em saúde durante a pandemia, porém, particularidades de mães e bebês em condições de internação também foram beneficiadas por essa proposta. Mulheres que passaram por internação hospitalar (covid-19 ou outros adoecimentos) e precisaram se distanciar dos bebês dela, puderam acompanhar os atendimentos do follow-up, por meio de consultas transmitidas por vídeo chamada. A disponibilidade dos profissionais em realizar o contato mediado pelo uso do celular foi reconhecida por elas como modalidade satisfatória de assistência.

Em outro momento, a prática de teleatendimento era mais incomum e hoje é importante medida de redução do risco de transmissão do coronavírus durante o trajeto dos domicílios para os hospitais, quando há demanda de avaliação clínica (ENGSTOM et al., 2020; CABRAL et al., 2020).

Outras formas de significação afetiva passaram a fazer parte dos cuidados com os bebês nos serviços de saúde e buscaram diminuir a rigidez que a privação de contato impôs para o enfrentamento da pandemia. Muitos profissionais ofereceram o próprio celular para o registro fotográfico dos bebês, para enviar para os pais enquanto ainda não podiam ter essa vivência no cotidiano, buscando responder às demandas dos pacientes fora do espaço e da temporalidade do trabalho. Construíram-se muitas formas de solidificar o apego, garantindo os protocolos de cuidado (MARCHIORI et al., 2020).

Ressalta-se que as responsabilidades de cuidado aos filhos devem ser compartilhadas entre homens e mulheres, entretanto, com em estudos anteriores à pandemia que indicavam que as mães eram, reconhecidamente, as que mais se engajavam nos assuntos relacionados a educação dos filhos, apresentavam cuidado maior e mais atenção na realização das tarefas de casa, situação que se intensificou durante a pandemia, causando sobrecarga materna e acarretando doenças mentais (CARLOS et al., 2020; HONG; QIANQIAN; ZHANG, 2021).

No estressante contexto causado pela pandemia, a mãe pode manifestar estratégias mal adaptativas, como a negação, a evitação e o pensamento fantasioso ou mágico. Assim, a busca por informações confiáveis e de qualidade baseadas em evidências, além do planejamento de ações que visem lidar com possíveis dificuldades são métodos de enfrentamento adaptativos, promovem o sentimento de autoeficácia e evitam o desamparo e as emoções que as acompanham (LAGUNA et al., 2021).

### **4.3 Apoio social na gestação, parto e puerpério**

O apoio social é definido como o processo pelo qual as relações interpessoais promovem e protegem o bem-estar de um indivíduo, particularmente quando essa pessoa se depara com circunstâncias de vida estressantes (WILLS; AINETTE, 2012). Durante a pandemia de covid-19 qualquer apoio social que antes era recebido foi diminuído, seja ele, apoio formal planejado (creches, escolas, instituições de saúde), seja apoio informal (familiares e amigos) (MATSUSHIMA; HORIGUCHI, 2020).

De forma geral, o apoio social é fator protetor para alterações psíquicas maternas. O grau de apoio social se correlaciona significativa e inversamente com a gravidade dos sintomas depressivos pós-parto (PAO et al., 2019). O apoio social pós-parto eficaz pode incluir confiança na família, amigos ou ajuda profissional contratada para obter algum alívio das responsabilidades adicionais ao lidar com mudanças hormonais profundas, privação de sono e ajustes na dinâmica familiar e distribuição de papéis. O suporte de familiares não foi mais uma

opção para muitas mães, que agora se veem se desdobrando em múltiplos papéis e com ajuda limitada (BROOKS et al., 2020).

Um estudo internacional questionou o apoio social recebido em meio à pandemia da covid-19 e evidenciou que a maioria das gestantes relatou apoio de seus amigos e familiares para compartilhar sentimentos quando se sentiam tristes durante o início da pandemia da covid-19. O estudo revelou ainda que as mulheres grávidas no segundo e terceiro trimestres da gravidez recebiam mais apoio dos membros da família do que as mulheres grávidas no primeiro trimestre da gravidez (MA et al., 2020; ZHANG; ZHENG, 2020).

Este efeito exacerbante do isolamento social sobre os sintomas depressivos em meio à pandemia da covid-19 destaca a importância do apoio a essas mulheres para reduzir os sentimentos de isolamento e solidão a fim de suavizar as consequências da pandemia de covid-19 para a saúde mental (PERZOW et al., 2021). Além disso, a literatura destaca a presença de uma pessoa de apoio, ela é considerada fator que melhora os resultados obstétricos e neonatais e reduz as percepções negativas do nascimento (TANI; CASTAGNA, 2017).

Inclusive durante o trabalho de parto, no qual surgiram restrições, diante de um cenário adverso algumas maternidades e hospitais, como forma de prevenir da covid-19, adotaram o isolamento no momento do parto, restringindo esse acompanhantes, durante e após o parto, mesmo existindo a lei vigente nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante (ESTRELA et al., 2020). Em outros casos foi permitida a entrada do acompanhante, com uso apropriado de equipamentos de proteção individual, monitoramento de casos de coronavírus na comunidade e imunização (MUNSHI; EVANS; RAZAK, 2021)

Cabe destacar que essa companhia é essencial para fornecer um amparo para as mulheres, principalmente as mães de primeira viagem. Pesquisa brasileira aponta que a presença de uma pessoa conhecida pela gestante no parto é capaz de amenizar a dor, promover segurança, bem-estar emocional e físico (SOUZA; GUALDA, 2016). Considerando os efeitos benéficos de um acompanhante, urge que sejam repensadas medidas voltadas para a transmissibilidade da covid-19 que não reverberem em experiências negativas na vida da mulher (ESTRELA et al., 2020).

O puerpério é um momento em que familiares e amigos visitam a casa do recém-nascido e dão apoio à família, principalmente à nova mãe. As mulheres identificaram quatro tipos de apoio desejados após o parto: necessidade de informação, necessidade de apoio psicológico, necessidade de compartilhar experiências e necessidade de apoio prático e material (SLOMIAN et al., 2019). Apoiar a nova família durante o período pós-parto geralmente inclui o fornecimento de refeições e, em algumas culturas, a ajuda prolongada em casa é uma prática

comum para permitir que a puérpera tenha tempo para se recuperar e descansar por 30 dias (GOYAL, 2016; TA PARK et al., 2017).

O apoio da família ou amigos pode incluir apoio emocional (expressão de carinho), apoio tangível ou instrumental (ajuda material direta, incluindo finanças) ou apoio de pertencimento (ter outras pessoas para se envolver em atividades sociais) (ROBERTSON et al., 2004). As mães que sofreram perda de apoio de seus pais ou outros membros da família ou perda de oportunidades de consultar amigos sobre cuidados com os filhos tiveram duas vezes mais chances de ter depressão pós-parto. O apoio informal pode prevenir a depressão pós-parto, além do apoio formal dos profissionais de saúde (TSUNO et al., 2022).

Além do apoio familiar, a rede de apoio profissional é relevante para gestantes e puérperas em sofrimento psíquico ou com risco aumentado. O apoio de parteiras e demais profissionais de saúde é fundamental para apoiar a saúde mental das mulheres durante a pandemia. É importante que as pessoas envolvidas na atenção perinatal estejam cientes do risco aumentado de saúde mental perinatal precária durante esse período e dos recursos e estratégias potenciais para resolver (SIKAR; MEEDYA; RAVALDI, 2020).

Já o apoio social dos profissionais de saúde consiste principalmente em suporte informativo (por exemplo, informações que podem ser usadas para lidar com o estresse) (ROBERTSON et al., 2004). A falta de suporte informativo pode estar associada à depressão pós-parto, o que é consistente com um relatório indicando que receber suporte informativo protege contra a depressão pós-parto (HEH; FU, 2003). Embora a comunicação face a face seja difícil durante a pandemia, a consultoria online fornecida por profissionais de saúde seria benéfica para as puérperas, uma vez que a maioria das mães prefere o apoio individual quando a depressão pós-parto é reconhecida (LETOURNEAU et al., 2007).

Ele pode ser aprimorado por meio de contato online, com mensagens seguras, visitas de telessaúde e grupos de suporte online (ALMEIDA et al., 2020). Além disso, vale destacar a estratégia de apoio do uso de WhatsApp<sup>®</sup>, que quando usado de forma direcionada promove a integração ensino-serviço-comunidade, ampliando as possibilidades de empoderamento, corresponsabilização e autonomia para um cuidado em saúde integral, equânime e acessível. Destaca-se o dinamismo, a facilidade de interação, a fluidez do diálogo e a adesão das pessoas envolvidas (PAULINO et al., 2018).

O apoio interpessoal e a conexão social são protetores contra o desenvolvimento de depressão e ansiedade (MILGROM et al., 2019; PELIN; KARACAB, 2021). Evidencia-se a necessidade urgente de fornecer rede de apoio social e profissional, por meio de suporte

psicossocial à referida população durante esta crise. Caso contrário, eventos adversos podem afetar mais duramente a mãe e seu filho (DURANKUS; AKSU, 2020).

Além do apoio social, quando se fala de mães é necessário, incluir um novo conceito: o da intersexualidade que é uma teoria que analisa de que forma as categorias sociais e culturais se entrelaçam. As relações entre gênero, raça, etnia, deficiência, sexualidade, classe e nacionalidade são examinadas em vários níveis, com o intuito de explicar as diversas desigualdades que existem na sociedade (KNUDSEN, 2006).

A interseccionalidade remete às dimensões de empoderamento e desempoderamento dessas mulheres, sendo este último referido à maneira pela qual as relações patriarcais, a opressão de classe e outros eixos possíveis de poder e discriminação criam desigualdades de gênero (FERRAZ; TOMAZI; SESSA, 2019).

Nesse estudo em questão pode-se destacar a mulher, mãe, profissional, solitárias nas suas múltiplas facetas em meio a uma pandemia. Nesse momento desafiador, faz-se necessário entender acerca dessa realidade complexa e reconhecer as várias formas de opressão dessa mulher e suas vulnerabilidades agregadas.

A desigualdade de gênero na pandemia é um aspecto da interseccionalidade a ser ressaltado, tendo em vista que as mulheres assumiram maior parte das responsabilidades dos filhos e que trabalhos domésticos são comumente mais atribuídos à mulher. Isso reforça a ideia tratada por Borsa e Nunes (2011), de que a sociedade acha que o homem está ajudando e a obrigação das tarefas domésticas é das mulheres.

Ressalta-se ainda que na volta da mulher ao trabalho o apoio do pai é quase sempre ineficiente, fazendo com que seja necessária ajuda de terceiros. Fora a culpa materna, quando a mãe escolhe dar continuidade a carreira e a dificuldade na conciliação das duas esferas da vida da mulher (DIAS JR; VERONA, 2016).

Para a sociedade, a mulher é considerada, independente do papel que exerça fora de casa, a melhor pessoa para cuidar dos filhos e da casa (AIELLO-VAISBERG; GALLO-BELLUZZO; VISINTIN, 2020). Todas essas questões geram uma sobrecarga física e mental a essas mulheres, mães e trabalhadoras. Que além do medo e a insegurança gerados pela imprevisibilidade e a temporalidade da pandemia existem variáveis sociais, no qual a mulher já é transversalmente afetada (SCHMIDT et al, 2020).

## 5 METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado: “A PANDEMIA DA COVID-19 E SEUS EFEITOS NA GESTÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS”.

### 5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Esse tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013).

### 5.2 Local do estudo

O ponto de partida para a coleta de dados foi duas maternidades de alta complexidade, referência estadual para atendimento a gestantes de risco e RN com necessidades de cuidados intensivos, Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA) que durante a pandemia, atenderam gestantes e puérperas com suspeita ou confirmação para covid-19. Essas duas maternidades disponibilizaram área de isolamento para essas gestantes e puérperas, assim como uma área da UTIN para RN com suspeita ou confirmação para covid-19.

O HUUFMA é um centro de ensino e de pesquisa para a formação de profissionais da área de saúde, sendo também referência estadual para procedimentos de alta complexidade em diversas outras áreas (EBSERH, 2020). Oferece assistência integral à mulher e à criança, desde o pré-natal especializado para gestantes de alto risco até o acompanhamento após o parto e nascimento (EBSERH, 2020). Conta com 16 leitos para gestação de alto risco, 20 para internação ginecologia e 52 para Alojamento Conjunto. Para a internação neonatal são disponibilizados 20 leitos para UTIN, 12 para a Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) e 10 para a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), além disso, após a pandemia foi criado um isolamento dentro da UTIN com 4 leitos extras.

HUUFMA, disponibilizou, inicialmente 6 leitos de isolamento para pacientes com covid-19, porém posteriormente com o aumento dos casos essa quantidade aumentou para 10 e as pacientes que necessitavam de cuidados intensivos foram internadas em uma UTI adaptada para pacientes graves com covid-19, não sendo exclusiva para obstetrícia.

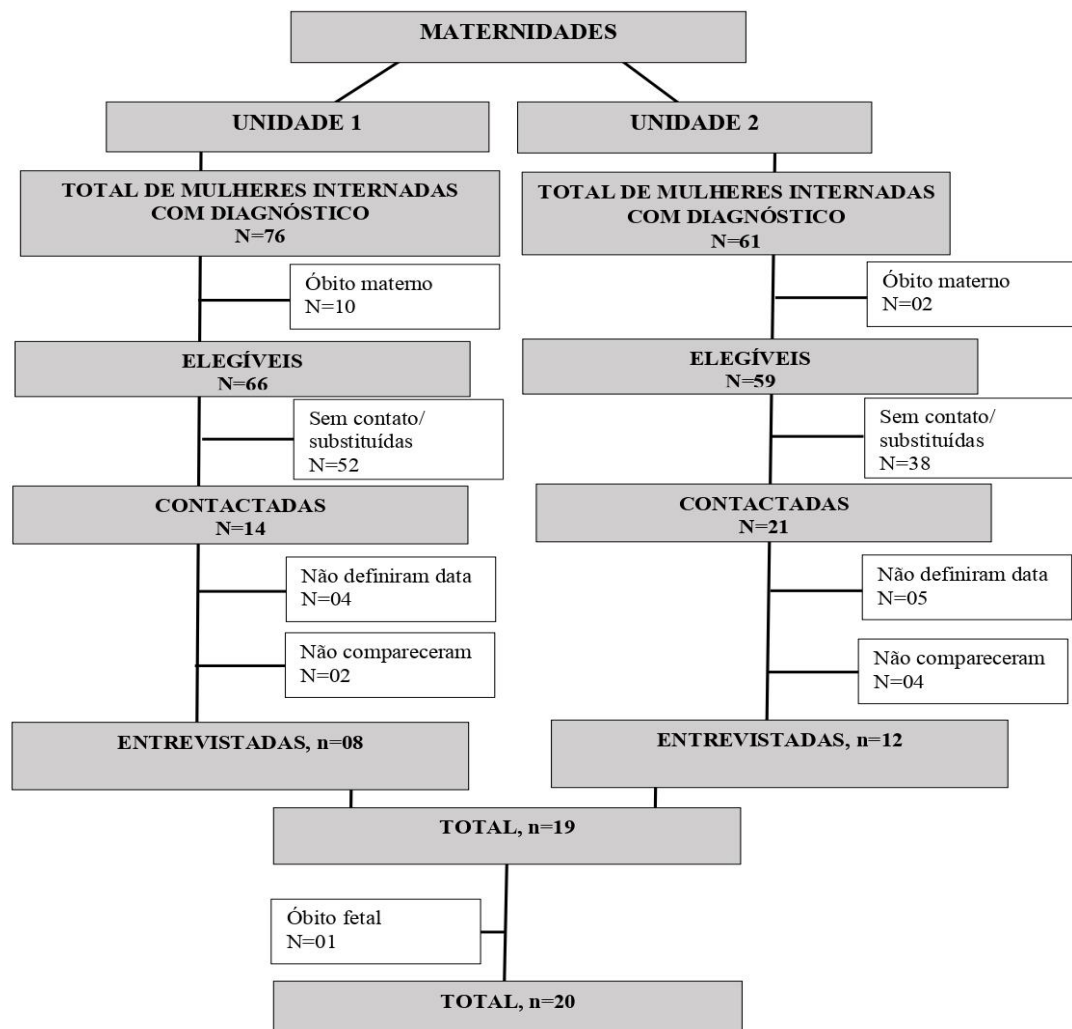


A MACMA funciona com 73 leitos obstétricos de Alojamento Conjunto, 8 leitos de UTI Materna, 38 leitos de UTI Neonatal, 30 leitos de UCINCo, 15 leitos de UCINCa (CNES, 2021). A MACMA oferece atendimento ambulatorial de especialidades obstétricas e ambulatório de seguimento especializado pediátrico. Durante a pandemia foram destinados 10 leitos de isolamento para pacientes com covid-19 (ACQUA, 2020).

### 5.3 Participantes do estudo

A população do estudo foi composta por mulheres diagnosticadas com covid-19, confirmado por meio do exame laboratorial RT-PCR (verificado no prontuário) e atendidas no HUUUFMA e/ou MACMA, durante a gestação, parto e puerpério, nos meses de março a novembro de 2020, período no qual foram registrados maior número de internações de casos obstétricos suspeitos ou confirmados da covid-19 no Estado do Maranhão, denominado primeira onda. Desta forma a população do estudo foi de 76 mulheres na MACMA e 61 no HUUUFMA. Conforme descrito no fluxograma 1.

A Figura 1 apresenta o fluxograma da definição das participantes.



Dentre as 20 mulheres entrevistadas, uma teve um óbito fetal, no momento da análise do artigo dois os dados da mesma foram suprimidos, totalizando 19 participantes. Foram eleitos como critérios de exclusão os problemas cognitivos, auditivos e de fala, além do óbito materno. O levantamento da população de estudo ocorreu de setembro a novembro de 2020.

Para a escolha das mulheres a serem convidadas para as entrevistas, dentre as elegíveis, foi elaborado uma relação nominal com as seguintes características sociodemográficas e clínicas: idade, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, renda, local de residência (urbano ou rural), idade gestacional, paridade e local de internação (enfermaria e/ou UTI). A escolha intencional buscou contemplar as diferentes características no sentido de tornar a amostra representativa da população do estudo, considerando que a amostra qualitativa ideal é aquela que reflete a totalidade das múltiplas dimensões da situação em estudo (MINAYO, 2017).

As entrevistas ocorreram de novembro de 2020 a maio de 2021. Para o fechamento amostral foi utilizada a técnica de saturação de sentidos, que indica a interrupção da coleta quando as falas não trazem novas informações para o objeto estudado (MINAYO, 2017).

#### **5.4 Técnica e instrumentos de coleta de dados**

A técnica utilizada para obtenção dos dados foi entrevista semiestruturada. Os instrumentos utilizados foram um questionário estruturado (APÊNDICE A), com dados sociodemográficos e da história clínica da mulher e do recém-nascido; e um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) com questões sobre vivências da gestação, parto e nascimento durante a pandemia de covid-19 como uma estratégia de compreensão da realidade.

#### **5.5 Passos para a coleta de dados**

O primeiro passo foi a aproximação com os locais de pesquisa para identificação das potenciais participantes do estudo. Foi disponibilizada uma lista de todas gestantes e puérperas que estiveram internadas nas duas maternidades e que preenchiam os critérios de inclusão na pesquisa. Os dados foram organizados em dois quadros, um para mulheres e outro para os recém-nascidos com características detalhadas de mulheres e RN de cada maternidade.

A abordagem inicial para realização das entrevistas foi feita por telefone, quando eram apresentados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para participação. Após três tentativas de contato sem sucesso (a ligação não completava ou não era atendida), a mulher era substituída por outra com características similares. Não houve recusa, após estabelecido o contato inicial com a participante. No entanto, mesmo após várias tentativas, ocorreram, em

algumas situações, dificuldades para agendar a entrevista e em três casos, as mulheres não compareceram na data agendada. Estes casos foram entendidos como recusa indireta e as mulheres foram substituídas por outras com o mesmo perfil sociodemográfico.

As entrevistas foram realizadas por meio digital (utilizando a ferramenta para garantir o rigor metodológico em ANEXO A) (ROBERTS; PAVLAKIS; RICHARDS, 2021), telefone ou presencial, de acordo com a escolha das entrevistadas, nos dias e horários mais convenientes para elas. As entrevistas presenciais guardaram todas as medidas de segurança necessárias (uso de máscara, distanciamento, lavagem de mãos e álcool em gel) e foram realizadas nos locais de escolha das entrevistadas, domicílio ou ambulatório de seguimento das crianças. O tempo médio de duração foi em torno de 40 min e as falas foram gravadas e posteriormente transcritas.

## **5.6 Análise de dados**

Foi realizada análise de conteúdo na modalidade temática. Os dados produzidos foram sistematicamente organizados, descritos e interpretados em três etapas (MINAYO, 2013):

- 1) Pré-análise: objetivando organizar o material investigado de forma a sistematizar as ideias iniciais advindas do referencial teórico através da leitura dos dados, corroborando para a condução eficaz das operações que sucedem a análise.
- 2) Exploração do material: objetivando a exploração do material através de codificações, considerando os recortes feitos do material nas unidades de registro. Além de definir regras de contagem, classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.
- 3) Interpretação: Objetiva captar todo o conteúdo manifestado pelos entrevistados. Realizando uma análise comparativa por meio de justaposição nas categorias existentes, considerando os aspectos que se assemelham e os que foram classificados com discordantes.

Esses resultados foram apresentados por meio de unidades temáticas, organizados por meio da identificação das palavras, frases e/ou parágrafos representativos no corpus das transcrições realizadas (BARDIN, 2011; HSIEH, SHANNON, 2005).

## **5.7 Aspectos éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUUFMA, CAAE nº. 35645120.9.0000.5086, com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO A) e pelo CEP da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), PAHOERC Ref. Nº 0260.02 (ANEXO C). Os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Os nomes das entrevistadas foram substituídos por nome de flores e seu anonimato foi preservado.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Artigo 1 (Escola Anna Nery Revista de Enfermagem)

#### Sonhos interrompidos: experiências de parto durante a pandemia de COVID-19

##### RESUMO

**Objetivo:** analisar as experiências de mulheres em relação ao parto durante a pandemia de covid-19. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada no período de novembro de 2020 a maio de 2021, em duas maternidades de referência para alto risco, no Maranhão, Brasil, com mulheres diagnosticadas com covid-19 desde o início da pandemia. Utilizou-se entrevista semiestruturada e análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Para as 20 mulheres do estudo, a pandemia de covid-19 foi uma experiência que provocou insegurança, medo e necessidade de reorganização dos planos de parto. Os resultados foram organizados em duas unidades temáticas: “A caminho do parto: incerteza e insegurança” e “Parto: de um evento familiar ao isolamento”. **Conclusão:** A busca por cuidados pelas mulheres que necessitaram de atendimento obstétrico durante a pandemia foi marcada por dificuldades, expondo e intensificando fragilidades do sistema de saúde, especialmente o acesso aos serviços e a utilização de boas práticas, repercutindo negativamente em suas experiências no parto.

**Descritores:** Covid-19; Parto; Família; Isolamento social.

##### Introdução

O parto é considerado um evento singular que perpassa todo o processo de gravidez, sob a forma de expectativas e ansiedades, e que continua a ser recordado, durante anos, marcando profundamente a história da mãe e do filho. A experiência de parto positiva, pode melhorar o bem-estar materno e facilitar o vínculo mãe-bebê, enquanto uma experiência negativa pode gerar sofrimento psicológico, bem como formas graves de doença repercutindo a longo prazo na vida dessas mães e famílias<sup>(1,2)</sup>.

No Brasil, o cenário da obstetrícia obteve muitas conquistas nos últimos anos, com a Política Nacional da Humanização e a Estratégia Rede Cegonha, que implantou boas práticas para atenção ao parto e nascimento, como estímulo aos exercícios facilitadores, monitorização do bem-estar fetal, oferecimento de dieta via oral, respeito à liberdade de posição, presença de acompanhante de livre escolha da mulher, estímulo ao contato pele a pele, amamentação, tornando o parto evento centrado na mulher e no protagonismo dela<sup>(3)</sup>.

Em 2020, quando o mundo se viu frente à pandemia de covid-19, doença até então desconhecida, com alta transmissibilidade, de curso clínico e tratamento indefinidos, muitos serviços de saúde, dentre eles as maternidades sofreram mudanças em suas estruturas físicas e processos de trabalho a fim de minimizar os riscos de contaminação. Nessas maternidades, as práticas de humanização de atenção ao parto e nascimento passaram por uma série de restrições,

que em muitos lugares ainda estavam em fase de implantação<sup>(4)</sup>.

Isso afetou a vida de mulheres em todo o ciclo gravídico puerperal, dos seus companheiros e familiares, especialmente em relação às restrições da presença do acompanhante, diminuição da rede de apoio, além da necessidade de lidar com sobrecarga de notícias, dificuldades financeiras, maior risco de violência doméstica e atividades remotas de trabalho e escola<sup>(5)</sup>.

Para parturientes confirmadas para covid-19, essa situação se tornou ainda mais intensa, devido à privação do contato pele a pele com o recém-nascido (RN), ausência de acompanhante e às dificuldades impostas para o aleitamento materno. Essas condições, que geram ansiedade, podem acarretar complicações materno-fetais importantes, como complicações obstétricas durante o parto e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor da criança<sup>(6)</sup>.

Agregado ao risco inerente à doença, a determinação de isolamento social trouxe mudanças no modo de vida e na organização de serviços de saúde da população, provocando redução no tempo da consulta durante a gestação e até mesmo, restringindo o acesso de puérperas e RN ao acompanhamento pós-alta. Diante desse cenário pandêmico, ainda há lacuna do conhecimento a ser preenchida, relacionada às experiências das mulheres durante o parto e como isso impactou na sua vida e da sua família. Neste período marcado por tantas incertezas, as mudanças na dinâmica organizacional do serviço de obstetrícia e suas implicações nas vivências destas parturientes constituem objeto deste estudo.

Como a covid-19 é uma doença nova, há necessidade de realização de pesquisas, sobretudo, com o público materno, para conhecer o impacto da pandemia nesta população considerada vulnerável e suscetível a tantos efeitos adversos. As repercussões da pandemia no cotidiano da vida de mulheres, especialmente durante parto, foram significativas e precisam ser conhecidas. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar as experiências de mulheres em relação ao parto, durante a pandemia de covid-19.

## **Método**

### *Desenho do estudo*

Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, baseada na teoria compreensiva<sup>(7)</sup>. No qual se utilizou para estruturar o referencial teórico as contribuições da Política Nacional de Humanização<sup>(8)</sup>, Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal<sup>(3)</sup> e dos princípios da Rede Cegonha<sup>(9)</sup>.

Esse trabalho é parte do estudo “A pandemia de covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS”. A pesquisa seguiu recomendações do Consolidated Criteria for

Reporting Qualitative Research – COREQ<sup>(10)</sup>. A questão de pesquisa foi: “Quais foram as experiências de mulheres em relação ao parto, durante a pandemia de covid-19?”.

#### *Local do estudo*

A coleta de dados foi realizada de novembro de 2020 a maio de 2021, em duas maternidades de alta complexidade e referência para atendimento de covid-19 do Estado do Maranhão, Brasil, ambas localizadas na capital do Estado, São Luís. Essas duas maternidades disponibilizaram área de isolamento para gestantes e puérperas, assim como de UTI neonatal isolada para RN com suspeita ou confirmação para covid-19.

#### *Participantes do estudo*

As participantes do estudo foram mulheres internadas para tratamento de covid-19 nas maternidades selecionadas, durante a gestação, parto e/ou puerpério. Os critérios de inclusão foram: ter tido diagnóstico laboratorial (RT – PCR para covid-19) confirmado, verificado no prontuário, e parto ocorrido até seis meses antes da coleta de dados. Como critérios de exclusão: ocorrência de problemas cognitivos, auditivos e de fala, que dificulta ou impossibilita os relatos.

A partir dos critérios de inclusão, a amostra foi definida intencionalmente, buscando contemplar a diversidade das situações encontradas, considerando as seguintes características sociodemográficas e clínicas das mulheres e RN: idade, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, renda, local de residência (urbano ou rural), idade gestacional, paridade e local de internação (enfermaria e/ou UTI). Para o fechamento amostral, adotou-se a técnica de saturação de sentidos, que indica a interrupção da coleta quando os dados não trazem novas informações para o objeto estudado<sup>(7)</sup>, o que aconteceu a partir da 15ª entrevista, as cinco entrevistas realizadas depois desta confirmaram a saturação.

#### *Passos para a coleta de dados*

O primeiro passo foi a aproximação com os locais de pesquisa para identificação das participantes. O levantamento da população de estudo ocorreu de setembro a novembro de 2020, a partir dos registros de admissão de todas as mulheres que estiveram internadas por covid-19 nas duas maternidades.

A partir dessa lista, realizou-se consulta aos prontuários para coletar a caracterização e definir a amostra. Esses dados foram organizados em quadros para cada maternidade e categorizados a partir das características encontradas, construindo-se tipologias, nas quais as mulheres foram separadas por grupos. A partir de então, iniciou-se contato telefônico para

apresentação da pesquisa e convite para participação. Não houve recusa, porém, após três tentativas sem sucesso, a participante era substituída por outra do mesmo grupo de características sociodemográficas e clínicas.

Para complementar as informações, os pesquisadores observaram e registraram o comportamento global dos entrevistados, como a comunicação não verbal, choros, risos, falas embargadas e silêncios. Tais informações foram anotadas e consideradas durante a interpretação dos resultados.

#### *Técnica e instrumentos de coleta de dados*

A técnica utilizada foi entrevista individual do tipo semiestruturada, realizada por equipe treinada que entrevistou 20 mulheres: nove por telefone, cinco no domicílio, cinco no hospital, aproveitando a agenda de consultas da mulher ou do RN, e uma por meio de plataforma digital (Google Meet), de acordo com a escolha das entrevistadas, nos dias e horários mais convenientes para elas. As entrevistas presenciais seguiram as medidas de segurança necessárias (uso de máscara, distanciamento, lavagem de mãos e uso de álcool em gel). O tempo médio de duração foi de 40 minutos, e as falas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Em cada situação, a escolha do local buscou respeitar os princípios de sigilo, autonomia e privacidade.

Os instrumentos utilizados foram questionário estruturado, com dados sociodemográficos e da história clínica da mulher e do RN, e roteiro semiestruturado, com questões sobre a vivências dessas mulheres sobre o seu parto durante a pandemia de covid-19. Os dados foram digitados em documentos de edição simples e organizados em pastas eletrônicas (nomeados por data de entrevista).

#### *Análise dos dados*

Procedeu-se à análise de conteúdo na modalidade temática, seguindo os quatro momentos: ordenação dos dados, classificação de dados, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os resultados foram apresentados por meio de eixos temáticos, organizados a partir de palavras, frases e/ou parágrafos representativos no corpus das transcrições realizadas<sup>(11)</sup>. Por meio da utilização de um mapa de análise realizado em oficinas em grupo surgiram as unidades temáticas desse estudo.

#### *Aspectos éticos*

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, CAAE nº. 35645120.9.0000.5086, com base na resolução

466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os nomes das entrevistadas foram substituídos por nomes de flores para preservar o anonimato.

### **Resultados e discussão**

As 20 entrevistadas tinham idade entre 17 e 40 anos, a maioria era preta ou parda (16), morava na zona urbana (17), tinha concluído o ensino médio (10), declarou ser evangélica (10), estava empregada (13), vivia com o companheiro (13) e possuía renda familiar de até um salário mínimo (10).

Quanto à paridade, oito eram primíparas e 12 multíparas. O número de filhos vivos variou de um a 11. A via de parto, para a maioria, foi cesariana (16). A maioria dessas mulheres não tiveram acompanhante no parto (11), destas sete eram negras e pardas e quatro brancas.

Quanto às características clínicas, 17 foram internadas para tratamento de covid-19 no primeiro trimestre da gestação, uma no terceiro e dessas, sete permaneceram internadas até o puerpério. Apenas duas ficaram em observação, não internaram e depois retornaram para o parto. De todas, oito possuíam comorbidades, tais como anemia, síndrome hipertensiva gestacional, diabetes mellitus tipo 2, hepatite idiopática, osteossarcoma e obesidade e três precisaram de UTI durante o tratamento da covid-19.

As entrevistadas relataram que haviam construído suas expectativas em relação ao parto a partir de experiências anteriores e/ou de outras mulheres dos ciclos familiares e sociais, e que estar grávida durante a pandemia levou à necessidade de reorganização dos planos para o parto. Além disso, receber a notícia da pandemia de covid-19 foi uma experiência que provocou insegurança e medo.

Nesse contexto, as falas foram organizadas de modo a compreender essas experiências, dispostas em duas unidades temáticas: “A caminho do parto: incerteza e insegurança” e “Parto: de um evento familiar ao isolamento”.

#### *A caminho do parto: incerteza e insegurança*

Na busca por cuidados e assistência ao parto, muitas mulheres referiram dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A primeira delas foi relacionada ao transporte para a maternidade, que se tornou ainda mais difícil durante a pandemia. A maioria se deslocou em transporte particular ou com ajuda de familiares.

*Se a gente não tivesse carro com certeza ia ser uma grande dificuldade, porque os ônibus tinham tudo reduzido.*



*Então a gente ia ter dificuldades com relação a isso (Camélia, 28 anos, autônoma, primípara, sem comorbidades).*

*Nós fomos de carro mesmo, tivemos que pagar um táxi (Lis, 33 anos, do lar, secundigesta, com comorbidades).*

Como alguns serviços foram suspensos, as mães também relataram que, inicialmente, não sabiam o local onde poderiam ser atendidas, devido à presença dos sintomas respiratórios.

*Só que como lá estava tudo fechado e não tive mais consulta, então eu fiquei naquele medo para onde que eu iria na hora do parto. E como estava no meio do surto, “Será que vai ter vaga? Como é que vai estar? Se esse hospital vai está muito cheio. A questão do covid, como é que vai ser? ” (Iris, 32 anos, fisioterapeuta, primípara, com comorbidades).*

As medidas sanitárias de restrição de circulação de pessoas nas ruas, redução dos transportes públicos e suspensão de alguns serviços de saúde, com a finalidade de contenção da disseminação do vírus, dificultaram o acesso aos serviços de atenção ao parto.

Antes de iniciar a pandemia de covid-19, já se observava fluxo de gestantes das regiões periféricas em direção aos locais em que existe maior concentração de serviços de saúde. Enfatiza-se que, quanto maior a distância a ser percorrida pela gestante, mais difícil é o acesso e menor a probabilidade de adequação das necessidades aos serviços oferecidos. A ausência de um sistema de transporte eficaz e a inexistência de um sistema de referenciamento adequado, foram os principais determinantes<sup>(12)</sup>.

Com a pandemia, a busca por serviços hospitalares ficou mais centralizada, principalmente para as mulheres com suspeita ou confirmadas para covid-19, considerando a possibilidade de piora rápida do quadro clínico, com repercussões que poderiam gerar necessidade de terapia intensiva. Isso aumentou a necessidade de grandes deslocamentos e peregrinação<sup>(13)</sup>.

A peregrinação, uma dificuldade nacional que já vinha sendo enfrentada com tentativas de reorganização do fluxo de atendimento às mulheres em trabalho de parto, foi potencializada pela pandemia de covid-19. Tanto pelas limitações de atendimento às mulheres sintomáticas que só poderiam procurar as maternidades de referência, quanto pela redução do transporte pública<sup>(13)</sup>.

Vale ressaltar que algumas mulheres precisaram de mais de um meio de transporte para chegar ao local de assistência, o que muitas vezes era difícil para aquelas com maiores dificuldades financeiras.

*E às vezes as mãezinhas têm pouco dinheiro, tem pouco recurso [para o transporte] (Jasmim, 29 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).*

Além das questões já referidas, o deslocamento até a maternidade, durante a pandemia,

envolveu, também, o medo de contaminação. Muitas vezes buscavam a certeza de estar em trabalho de parto, evitando assim deslocamentos desnecessários. No entanto, se, por um lado tinham medo de sair, por outro, referiram também ter medo de ficar em casa e desenvolverem complicações. Essa ambivalência entre o medo de sair e o medo de adoecerem em casa e não conseguirem chegar aos serviços de saúde foi fortemente determinada pela redução ou falta de transporte.

Melissa, paciente com comorbidade, classificada como grupo de risco, associa o desfecho negativo de sua gravidez à falha no encaminhamento para o serviço especializado.

*Na minha opinião, ela tinha que me perguntar mais coisa e me encaminhar logo, porque como eu tenho anemia falciforme, a minha gravidez era de risco. Aí eu fico com receio porque se a médica que eu fui no dia primeiro tivesse me mandado logo, talvez minha neném estivesse viva agora* (Melissa, 17 anos, estudante, primípara, com comorbidades).

Ressalta-se no caso em questão que a baixa disponibilidade de leitos de obstetrícia no território, a falta de organização e definição dos fluxos de encaminhamento, a superlotação dos hospitais e a dificuldade de transporte seguro, agravados pela pandemia, podem ter sido fatores associados ao desfecho adverso.

Os leitos obstétricos existentes nas capitais eram insuficientes para a demanda e, frequentemente, estavam superlotados. Com a pandemia, a situação se agravou, com óbvio prejuízo para a segurança e qualidade da assistência prestada. Instalou-se um quadro de instabilidade, tanto na oferta, como na qualidade do cuidado perinatal. Os serviços hospitalares funcionavam no limite<sup>(14)</sup>.

O referenciamento de parturientes com covid-19 e comorbidades e/ou complicações deveria ocorrer a partir de um fluxo estabelecido na rede de saúde<sup>(15)</sup>, tendo em vista a necessidade da detecção precoce da gravidade nesse grupo de risco.

Quando as mulheres entrevistadas conseguiam chegar à maternidade, passavam a enfrentar novas barreiras. O ponto em comum nas falas foi o longo tempo de espera para o atendimento.

*É...assim, eu fui entrar, era oito horas, como eu disse, aí demorava muito, eu fui atendida quase dez horas, né, aí depois que eu fui atendida* (Petúnia, 40 anos, enfermeira, múltipara, sem comorbidades).

*Eu fui meio dia e a transferência só foi realizada às 21 horas. Então, eu fiquei esse tempo todinho numa sala, em cima de uma maca cirúrgica, sem poder ir ao banheiro* (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).

A demora pela assistência possivelmente foi associada à grande demanda que ultrapassou a capacidade de atendimento nas unidades e ao quantitativo insuficiente de profissionais, condição que, reconhecidamente, interfere na qualidade do atendimento às

gestantes, agravada pela situação pandêmica que conferiu novos contornos a este contexto.

O vírus SARS-CoV-2 mudou o comportamento da sociedade e, em especial das gestantes, que foram aconselhadas a reduzir o uso de serviços de saúde para evitar contaminação e também para priorizar aqueles casos urgentes. A nova organização, por vezes, esvaziou alguns serviços de saúde e superlotou outros. Os protocolos adotados para diminuir e evitar a contaminação pelo vírus durante e entre os atendimentos nas unidades, sobretudo os de caráter emergencial, aumentaram o tempo de espera pelo atendimento<sup>(16)</sup>.

A demora relatada também estava associada à segregação das gestantes com suspeita ou diagnóstico de covid-19 que, ao chegarem nos serviços, eram destinadas a uma sala de isolamento na qual apenas um número restrito de funcionários, capacitados e paramentados, realizavam o atendimento. Toda essa logística ocorria ao mesmo tempo em que a demanda de casos aumentava e profissionais se afastavam.

Fator importante para a segurança e qualidade da assistência materna é o acesso oportuno aos serviços obstétricos, pois mesmo sem risco iminente de morte, a demora no atendimento está significativamente associada à gravidade dos desfechos adversos maternos e neonatais<sup>(17)</sup>.

Outro resultado relacionado ao momento da chegada, relativo às mudanças de protocolo e sobrecarga dos profissionais, diz respeito a uma percepção de confusão e, em algumas vezes, condutas contraditórias.

*Tem que ter uma pessoa humana lá naquela central de atendimento... de quem fica, quem não fica. Porque é desumano! Eu não vou mentir para ti. [...] O depoimento das mães que estão sendo atendidas no começo da covid-19... é uma tristeza (Jasmim, 29 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).*

*Tudo uma loucura, por conta da pandemia, mudando de área de isolamento, transfere para outra ala e aquela confusão... eu fui para um quarto que tinham várias pessoas e aí “não, ela não pode ficar no quarto com outra pessoa”... e todo mundo, a enfermeira acabou dizendo que eu tava com covid no quarto e tinha um outro casal e o outro casal quase morre do coração (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).*

O momento da chegada de uma gestante à maternidade no Brasil, foi alvo de muita atenção nos últimos anos, e o acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização<sup>(8)</sup>, apoiado pela Rede Cegonha<sup>(9)</sup>. No período da pandemia de covid-19, os serviços de saúde providos pelo SUS ficaram sobrecarregados pela alta demanda, somados a isso, a carência de políticas públicas e recursos com respostas para o momento da emergência sanitária provocaram desorganização no sistema<sup>(18)</sup>. Somados a isso, o estresse aumentado dos profissionais de saúde justificados, pela sobrecarga de tarefas e falta de informação levaram ao comprometimento da qualidade da assistência e consequente na insatisfação das pacientes<sup>(19)</sup>.

Em 1994, Thaddeus e Maine propuseram o Modelo dos Três Atrasos (3DM) para

facilitar a identificação dos fatores indiretos que, desde o início das complicações obstétricas até o nascimento do bebê, contribuem para a morte materna. O Modelo identifica três fases críticas que podem ter consequências diretas na sobrevivência da mãe e do bebê: atraso na decisão de procurar atendimento (Primeiro Atraso), atraso na identificação e chegada à unidade de saúde (Segundo Atraso) e atraso na recepção na unidade (terceira demora)<sup>(20)</sup>.

Esse modelo casa com os resultados desse estudo, a medida que, houve empecilhos que dificultaram o acesso aos serviços, desde a dúvida do local onde poderiam ser atendidas, a dificuldade de chegar ao serviço com a redução de transporte público, além da forma de organização para os atendimentos prioritários, o afastamento dos profissionais e outros, que atrasava também a admissão dessas pacientes.

Ademais, as mulheres se resguardaram de frequentar os serviços de saúde tanto pelas recomendações, quanto pelo receio de uma possível contaminação. Dessa forma, é possível inferir que a pandemia afetou o acesso das mulheres aos serviços seja por causa das alterações feitas na rede ou pela incerteza quanto à segurança em buscar atendimento.

As participantes eram mulheres pobres, negras que viviam em periferias, dentre outras condições que se configuram como barreiras para o acesso aos serviços de saúde, em um país como o Brasil, marcado por profundas desigualdades sociais e regionais. Estas mulheres, em isolamento social, correram maior risco de ter o impacto negativo da pandemia de covid-19, com consequências a curto, médio e longo prazo.

#### *Parto: de um evento familiar ao isolamento*

Durante a pandemia o medo do parto foi fortemente agravado pela solidão e associado ao medo da própria morte e/ou da morte do filho.

*Eu me senti ruim, muito triste, pensava que eu ia morrer. Fiquei com medo demais de morrer e deixar minhas filhas que são tudo pequenas (Violeta, 38 anos, vigilante, múltípara, com comorbidades).*

*Então, o medo de perder (filho) foi muito grande. Mas depois quando a gente viu que tinha nascido e que tava tudo bem foi um alívio (Iris, 32 anos, fisioterapeuta, primípara, com comorbidades).*

O medo do parto é uma condição frequente entre as gestantes, principalmente naquelas no último trimestre, sendo descrito como um medo debilitante que interfere nas funções domésticas, ocupacionais, atividades sociais e relacionamentos. Sua gênese engloba o medo da dor, de intervenções médicas como episiotomia, da perda do controle durante o parto e da falta de apoio<sup>(21)</sup>.

A crise causada pela covid-19 acrescentou uma sequência de situações que anteciparam

e acentuaram o medo do parto entre as gestantes e seus familiares: o desconhecido e a imprevisibilidade do parto em meio a pandemia; maior risco de gravidade da infecção em gestantes; a exposição ao perigo e à falta de segurança; a subordinação aos protocolos das instituições de saúde, com a anulação da possibilidade de escolhas pessoais; a dificuldade de conseguir assistência de qualidade; a sensação de perda de controle na gravidez e no parto; e as incertezas em relação ao futuro<sup>(22)</sup>.

Os reflexos da pandemia foram capazes de intensificar as sensações de medo e ansiedade. O medo intenso do parto pode promover alterações fisiológicas no organismo materno, como aumento da pressão arterial, prolongamento da fase ativa da dilatação do colo, maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, cesariana de emergência, parto vaginal operatório, depressão pós-parto, redução dos índices de amamentação e maior admissão do RN em UTIs<sup>(23)</sup>.

Nessa realidade, já vem sendo propagada a discussão quanto à necessidade de olhar e dar subsídios às consequências psicológicas de mulheres que estão enfrentando no processo de gestar e parir em meio à pandemia, diante disso, ressalta-se a necessidade de um conjunto de estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais que respondam ao desafio do medo do parto em gestantes, sobretudo em situações atípicas.

Com relação às expectativas para o momento do parto, em geral, cada participante explanou mais de um tipo de expectativa não realizada. Somente duas, das vinte entrevistadas, não mencionaram expectativas interrompidas.

Observou-se que as mulheres desejavam que o parto ocorresse no período esperado (a termo), que conseguissem experienciar as sensações fisiológicas que anunciam o trabalho de parto e pudessem retornar para casa com seus filhos.

*Modificou, porque eu pensava que eu ia ter ele normal, de 9 meses, está entendendo?* (Açucena, 34 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).

*Mudou sim. Porque eu pensei...minha imaginação era assim: 'eu vou ficar em casa, eu vou sentir dor ou a minha bolsa vai estourar e eu vou para o hospital. Chegando lá eles vão me atender, eu vou ter meu filho e no outro dia eu vou vim embora'. E não foi o que aconteceu. Eu tive que ir... passar quase um mês internada para depois ter meu filho, para depois vim para casa. Tive que passar um tempão no hospital* (Jasmim, 29 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).

*O planejamento que eu tinha na cabeça na hora do parto foi totalmente modificado, já pela situação, né? E por conta da pandemia. Então, foi tudo diferente. O médico chegou, fez e foi aquela coisa muito rápido, quando eu espantei já estava na sala de recuperação* (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).

A experiência emocional e cognitiva da mulher no momento do parto tem impacto significativo no estado físico e psicológico pós-parto e nas primeiras interações com o RN<sup>(22)</sup>. Com a pandemia, as mulheres tiveram expectativas e experiências reconfiguradas, a maioria

delas precisaram ser submetidas a cesariana, em função da covid-19, embora a recomendação de preferir o parto natural, exceto em casos de estrita necessidade.

Nesse momento de crise foi negado à mulher o respeito à fisiologia do parto que compreende o nascimento como algo que flui natural com o mínimo de interferências externas, capaz de gerar empoderamento, segurança e confiança com relação às sensações fisiológicas durante a parturição promovendo uma maternidade mais prazerosa com laços afetivos entre mãe, RN e família<sup>(24)</sup>.

A crise causada pela pandemia gerou aumento de intervenções obstétricas desnecessárias, como indução de partos, realização de cesarianas, sem indicação clínica, além de prolongamento do tempo de hospitalização, ainda que a alta hospitalar precoce fosse indicada quando constatado o bem-estar geral da mulher e do RN, independente do status da infecção. Tudo isso, contribui para o aumento da violência de gênero, obstétrica e institucional<sup>(22)</sup>.

Uma outra expectativa interrompida relatada por Açucena, foi a impossibilidade de realização de intervenções planejadas para o momento do parto.

*Eu também, assim, planejei ter e fazer a minha ligação, ligar tudo, né? Assim, essa modificação eu acho que foi por causa dessa covid (Açucena, 34 anos, autônoma, múltípara, sem comorbidades).*

A interrupção dos serviços de saúde reprodutiva e materna, impossibilitou a realização da ligadura tubária que estava programada, essa descontinuação acarreta prejuízo no progresso e no acesso ao planejamento familiar. Tais condições, podem repercutir de forma negativa na experiência reprodutiva das mulheres, na saúde de bebês, famílias e comunidade, podendo comprometer a experiência positiva de parto.

Evidenciaram-se, também, mudanças nas práticas assistenciais ao parto, com relação à adoção de medidas de biossegurança, a fim de evitar a proliferação do vírus, conforme as falas a seguir:

*Distanciamento. Todo mundo de máscara, álcool (Tália, 24 anos, desempregada, secundigesta, com comorbidades).*

*Já levaram logo. E antes deu pegar ela (filha), eles (profissionais) me jogaram álcool, no meu corpo todo, me limparam, trocaram a minha máscara, para eu poder pegar ela. Tudo (Iris, 32 anos, fisioterapeuta, primípara, com comorbidades).*

*Não chegaram a botar (para amamentar), cortaram logo o cordão... então, tudo aquilo que eu ouvi, que me preparei do pré-natal, do filho ficar no colo, do vínculo, tudo... nada disso aconteceu! Não teve o primeiro contato, não teve a tentativa da amamentação, do aleitamento, do cheiro, do toque, não teve nada... nada, nada, nada (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).*

*Então, eu esperava tudo isso, como eu vejo que é, na verdade. Pegar ela no colo, sentir o cheiro dela, beijar, amamentar ela logo. (Camélia, 28 anos, autônoma, primípara, sem comorbidades).*

As mulheres também relataram que esperavam ter o contato com o filho logo ao nascer, o que não ocorreu, como foi demonstrado. A separação documentada entre a mãe e o RN no pós-parto imediato pode sugerir que a positividade para covid-19 está associada a complicações de saúde no RN. A carência de apoio disponível para ajudar a mãe doente com o bebê, devido às restrições de acompanhantes e visitantes, também pode ter contribuído para a separação.

A pandemia suscitou diversas preocupações à medida que foram relatadas situações em que o contato pele a pele, o alojamento conjunto e a amamentação foram desencorajados, em casos suspeitos ou confirmados de mulheres com diagnóstico de covid-19, sob justificativa de serem práticas potencialmente inseguras.

Neste contexto, várias mudanças aconteceram, profissionais que prestam assistência direta à mulher passaram a adotar várias medidas de precauções, como: evitar contato físico, isolamento em quartos privativos, uso do álcool a 70% e muitos equipamentos de proteção individual (EPI's) para garantir a proteção do profissional e da mulher<sup>(25)</sup>.

A ausência do contato direto com a gestante, dificultou a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, escuta e apoio às mulheres para lidar com os sentimentos aflorados nesse momento, em que se demanda maior proximidade com os profissionais. O uso de EPI's, acrescidos de aventais e face shield, também distanciaram quem assiste e quem vivencia o parto, além do uso de máscara pela parturiente, pode causar incômodo durante o processo<sup>(26)</sup>.

Para além, tais aparatos dificultam o olhar nos olhos, a percepção do sorriso, da dor, bem como outras manifestações que tranquilizam as mulheres no momento do parto, promovendo uma cisão no processo de vinculação para este cuidado e acentuando o sentimento de solidão. Tais práticas privilegiam o modelo biomédico, a medicalização do parto, que coloca a mulher em uma situação de total passividade, entregue ao profissional especialista, perdendo-se o protagonismo da mulher na hora de parir<sup>(26)</sup>.

No contexto da pandemia e das repercussões sanitárias que permearam os serviços de saúde, as mulheres grávidas encontraram mais dificuldades para que suas escolhas fossem escutadas, acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais da saúde. Historicamente, em tempos de crise, as necessidades das mulheres e das crianças são altamente penalizadas<sup>(27)</sup>.

Um outro direito violado durante a pandemia de covid-19, segundo as entrevistadas, foi a suspensão do direito da mulher ao (s) acompanhante (s) durante o trabalho de parto e no pós-parto. Foram várias as falas que evidenciam esse cenário.

*Ah não, não tive [acompanhante]. A minha mãe, que ia toda vez comigo, não deixaram ela entrar. Ficou no lado*

*de fora da maternidade. Sem visita* (Melissa, 17 anos, estudante, primípara, com comorbidades).

*Eles diziam que era por causa da pandemia, que não poderia ter acompanhante, quem ia acompanhar a gente era uma enfermeira. Só que não demorava muito, a enfermeira saía da sala também* (Amarílis, 29 anos, empresária, primípara, sem comorbidades).

Durante a pandemia foram realizadas recomendações relacionadas à presença de acompanhante durante o parto e puerpério, no início, em alguns serviços de saúde foi restringido qualquer acompanhante, já em outros restringiram os acompanhantes que estariam no grupo de risco (acima de 60 anos e pessoas de qualquer idade que tenham comorbidades). A medida que os casos de covid-19 diminuíram a presença de acompanhante foi flexibilizada. A maioria das mulheres deste estudo foram submetidas às orientações iniciais.

As mulheres com covid-19, enfrentaram vários graus de isolamento social em torno do parto para reduzir a transmissão do vírus. Um número significativo de mulheres afetadas por covid-19 vivenciou o parto e/ou o período pós-parto imediato crítico, sem o apoio emocional fornecido por amigos próximos ou familiares, devido às restrições do hospital<sup>(28)</sup>.

A presença de uma pessoa de apoio e sua participação ativa no parto constitui estratégia de redução dos níveis de dor, com vistas ao aumento do conforto e da segurança da mulher, promove suporte emocional, traz referência familiar, melhora os resultados obstétricos e neonatais e reduz as percepções negativas do parto<sup>(28)</sup>, porém em decorrência da pandemia, a maior parte dos serviços de saúde restringiu a presença do acompanhante, apesar dos estudos recomendarem sua maior participação, com o uso apropriado de equipamentos de proteção individual, monitoramento do vírus na comunidade e imunização<sup>(29)</sup>.

O desrespeito e a violação ao direito a acompanhante são conhecidos há tempos, contudo, durante a crise sanitária, foram legitimamente justificados em resposta a contenção viral, deixando as parturientes sem alguém para partilhar da emoção e ajudar a enfrentar com mais força as pressões advindas da ordem burocrática e impessoal que as maternidades impõem, sobretudo, no cenário pandêmico em que o cumprimento da lei tem sido relativizado<sup>(30)</sup>.

A restrição de acompanhantes durante a pandemia configurou-se como fator de risco para situações de violência obstétrica, uma vez que as chances de eventuais situações de maus tratos se minimizam diante da presença do mesmo. Considerando, os efeitos benéficos de um acompanhante para a mulher no momento do parto, as medidas preventivas voltadas contra a transmissibilidade da covid-19 não deveriam reverberar em experiências negativas na vida da parturiente.

Importante ainda frisar que a maior parte das mulheres desta pesquisa que não tiveram o direito ao acompanhante no parto eram também negras ou pardas. Esse fato chama atenção,



pois a utilização dos protocolos de segurança contra a covid-19 pode ter sido utilizado como justificativa para práticas discriminatórias, no momento que selecionavam as mulheres que poderiam ter seu direito garantido ou não. Não é aceitável que os serviços de saúde tenham optado, como ação de prevenção e controle da pandemia, permitir que mulheres brancas possuíssem 2,5 vezes mais chances do que as mulheres negras de terem garantido o seu direito à presença de acompanhante<sup>(31)</sup>.

Por fim, essas normas de restrição de acompanhante, além de intensificar nas mulheres o sentimento de solidão e desamparo, também aumentaram as solicitações das parturientes e puérperas para os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, principalmente daquelas que realizaram parto cesáreo.

Ainda devido à ausência total de acompanhante, as mulheres com covid-19, lamentaram o fato de não poderem registrar o momento do parto com vídeos e fotos.

*Foi diferente e muito porque eu tava doida para alguém entrar, para filmar, que eu queria, mas não aconteceu, porque não podia. Não tinha também ninguém da minha família perto. Eu me senti ruim, muito triste mesmo (Violeta, 38 anos, vigilante, múltípara, com comorbidades).*

*E aí, o que a gente tinha planejado, de entrar familiar, de poder registrar o momento, mas não pôde tirar nenhuma foto, nada disso pôde acontecer ..., por ter uma pandemia... era todo mundo com medo um do outro (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).*

Registrar o nascimento do filho com fotos e vídeos faz parte do imaginário de várias mulheres acerca do parto, seria uma forma de produzir um relato e organizar subjetivamente a sua experiência, em uma sociedade que cada vez mais valoriza o uso de imagens e ainda sua publicização em redes sociais, por exemplo. A prática de registrar e compartilhar momentos da vida considerados importantes vem constituindo-se ao longo dos anos como algo corriqueiro, esperado e até mesmo sonhado, sobretudo para situações encaradas como únicas, transformadoras e cheias de significados como é o parto.

O fato das instituições, a fim de evitar contaminação, restringirem o uso de aparelhos celulares e acompanhantes, impedindo o registro, gerou tristeza, frustração e quebra de expectativas. A pandemia mais uma vez interrompia sonhos, entretanto, em alguns casos, profissionais, em geral, enfermeiros sensibilizaram-se com a situação e se ofereceram para realizar as fotos na sala de parto, isso ajudou a amenizar a situação.

Vale ressaltar que o direito de registrar o momento do parto, o nascimento de um filho faz parte da humanização do trabalho de parto<sup>(32)</sup>.

As mulheres relataram que não houve correspondência entre o cuidado recebido e as expectativas de um cuidado adequado e humanizado construídas a partir de experiências anteriores.

*Porque, sei lá, parece que eles estavam era com nojo de mim, não sei se era porque eu estava doente com covid, eles nem ficaram muito, assim, lá na sala. Aí eles iam lá, me olhavam, olhavam para minha cara, e depois saía. Foi totalmente diferente, totalmente diferente (Flora, 37 anos, desempregada, secundigesta, sem comorbidades).*

*Quando eu fui ter meu primeiro neném, tipo foi totalmente diferente, foram outros tratamentos, uma atenção a mais. Tipo da covid, eu acredito que falhou um pouco porque são vários pacientes. É, tem também o cansaço. Dos profissionais. Enfim, acredito que a falha vem disso (Tália, 24 anos, desempregada, secundigesta, com comorbidades).*

*Então... faltou mais aquela relação, de envolvimento. Então, do que eu lembro, assim, eu fiquei numa maca, fui anestesiada e foi aquela coisa muito rápida “bora” e eles conversando sobre a pandemia (Rosa, 28 anos, ensino superior completo, primípara, com comorbidades).*

A crise causada pela pandemia ocasionou uma redução na qualidade da assistência do trabalho de parto: taxa reduzida de assistência individual, menor mobilidade, menor taxa de ausculta intermitente, dentre outras. Destaca-se que os profissionais da saúde envolvidos no enfrentamento desta crise sanitária apresentaram problemas, como cansaço físico e estresse psicológico, afetando o cuidado prestado aos pacientes<sup>(33)</sup>.

Em nome dos planos de contingência à covid-19, recuaram-se anos de boas práticas obstétricas, no que diz respeito à igualdade de acesso, a cuidados no período perinatal de qualidade e à proteção de direitos previstos na lei e recomendados pelas mais relevantes organizações<sup>(22)</sup>

Assim, o momento do parto, em tempos de pandemia, deixou de ser para muitas mulheres um evento familiar, se tornando um evento solitário, à medida que o distanciamento ou o isolamento social foi necessário, bem como algumas mudanças assistenciais recomendadas. A solidão foi real, sem a presença da rede de apoio presencial, com redução da qualidade da assistência e mudanças na chegada da “nova mãe” e recepção do RN.

Considera-se limitação deste estudo o fato de grande parte das entrevistas terem sido realizadas por meio digital. Devido à pandemia de covid-19 existente no momento da coleta, essa “distância” pode ter limitado a observação e análise dos movimentos corporais no momento dos relatos. Todavia, até o momento da análise de dados, foi observado um ineditismo acerca das experiências durante o parto de mulheres com covid-19 em maternidades do Nordeste.

A coleta de dados ocorreu ainda durante a pandemia, próximo ao período do parto, reduzindo a possibilidade de viés de memória.

## **Conclusões**

A busca por atendimento obstétrico foi marcada por dificuldades potencializadas pelas novas adequações nas rotinas da rede de saúde. Os problemas de acesso aos serviços de saúde

foram marcados por problemas relacionados a: deslocamento, encaminhamento e transporte seguro, redução do número de leitos obstétricos, superlotação e aumento do tempo de espera para internação em função da adoção de protocolos para contenção do vírus. O momento do parto, por vezes planejado e idealizado, foi marcado por expectativas não realizadas e níveis adicionais de medo, preocupação e incerteza. Direitos historicamente conquistados, foram negados, como o estímulo à deambulação, dieta livre, respeito à liberdade de posição, presença de acompanhante de livre escolha, estímulo ao contato pele a pele e à amamentação na sala de parto, dentre outros. A nova lógica imposta pela crise sanitária gerou experiências negativas que podem acompanhar a história de vida destas mulheres.

Em menos de 12 meses de pandemia as boas práticas de parto e nascimento regrediram mais de dez anos de conquistas e fortalecimento.

Espera-se que ao se conhecer esses impactos seja possível fortalecer as políticas públicas, a assistência à saúde materna e a realização de novas pesquisas que apoiem mulheres durante a busca por um cuidado de qualidade em situações de crise sanitária, sobretudo um cuidado que atente-se para as sutilezas de sentimentos que podem interferir no bem-estar materno-fetal e que ao buscar a redução do contágio por covid-19, respeite também a singularidade de cada parturiente, pois o parto é sem dúvidas, em todo o ciclo materno, um momento importante em que a mulher necessita de muito apoio.

## Referências

1. Fenaroli V, Molgora S, Dodaro S, Svelato A, Gesi L, Molidoro G, et al. The childbirth experience: a obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;9(419)1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2561-7>
2. Kitzinger S. *A Experiência de Parto*. Lisboa: Instituto Piaget; 1987. 358p.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, 2017. [cited 2022 dec 23]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
4. Santos NBO, Castro LMG, Luz MA, Leal LB, Figueiredo IGA, Negreiros ALB. Assistência de enfermagem obstétrica na promoção do parto humanizado na pandemia COVID-19: Revisão integrativa. *Saúde Coletiva*. 2022;12(81): 11628-39. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i81p11628-11639>

5. Wilson AN, Ravaldi C, Scoullar MJL, Vogel JP, Szabo RA, Fisher JRW, et al. Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women Birth*. 2021;34(3):206-09. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011>
6. Ding W, Lu J, Zhou Y, Wei W, Zhou Z, Chen M. Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of COVID-19: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 2021;21(80):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03561-7>
7. Minayo MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesqui. Qual.* 2017[cited 2021 dec 16];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/5>
8. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p. [cited 2023 mar 03]. Available from: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha: contribuir para a Atenção Integral da Saúde da Mulher e Criança. Brasília: 2011d. [cited 2023 jan 01]. Available from: <https://www.as.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/rede-cegonha-apresentacao/>
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups]. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011. 229p
12. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(3):553-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300010>
13. Camargo NF, Raimundo VK, Relato sobre parir na pandemia: andanças da ‘Fulô do Agreste’. *Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II*. BIS. 2021;22(2): 41-53. <https://doi.org/10.52753/bis.v22i2.38631>
14. Belarmino AC, Rodrigues MENG, Anjos SJSB, Ferreira Júnior AR. Collaborative practices from health care teams to face the covid-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200470. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0470>
15. Mascarenhas VHA, Becker AC, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. Recomendações assistenciais à parturiente, puérpera e recém-nascido durante a pandemia de

- COVID-19: revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2020;28(e3359)1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4596.3359>
16. Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARCP, Thomaz EBAF. Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da COVID-19. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2022;31(e20220206)1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0206pt>
17. Franchi JVO, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3292. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>
18. Lotta GS, Magri GM, Nunes AC, Benedito BS, Aliberti C, Ribeiro ECR. et al. O impacto da pandemia de Covid-19 na atuação da burocracia de nível de rua no Brasil. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2021;35(e243776):1-36. <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2021.35.243776>
19. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade L. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Cien Saude Colet.* 2020[cited 2022 apr 23];25(9):3465-74. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634?id=17634>
20. Thaddeus S, Maine D. To far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994;38:1091–1110.
21. Lima APA, Lima MMS, Lucena GP. Medo e dor no trabalho de parto e parto. *Revista Recien.* 2019; 9(28):55-63. Como citar este artigo: <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.28.55-63>
22. Souto SA, Albuquerque RS, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 2):e20200551. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>
23. Kacperczyk-Bartnik J, Bartnik P, Symonides A, Sroka-Ostrowska N, Dobrowolska-Redo A, Romejko-Wolniewicz E. Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019;58(4):492-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2019.05.0>
24. Monteiro MCM, Holanda VM, Melo GP. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.* 2017;7(e1885):1-10. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1885>
25. Silva RA, Pacheco BFP, Guimarães IKS. Gravidez em tempos de COVID-19: como a mudança dos protocolos de biossegurança afetam a mulher no momento do parto e no puerpério: revisão

- de literatura. BJHR. 2021[cited 2022 feb 23];4(1):1356-1367. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/27841>
26. Paixão GPN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. *Revista Gaúcha de enfermagem, Rev. Gaúcha Enferm.*2021;42 (spe): e20200165 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>
  27. Souza KV, Schneck S, Pena ED, Duarte ED, Alves VH. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare Enferm.* 2020;25(e73148)1-7. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>
  28. Ecker JL, Minkoff HL. Laboring alone? Brief thoughts on ethics and practical answers during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM.* 2020;2(3):100141. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100141>
  29. Tani F, Castagna V. Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2017;30(6):689-92. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1182980>
  30. Ragazzo MSM, Vieira JB, Souza BF, Alonso BD, Wernet M, Silva KG. et al. Acompanhante no parto e no período pós-parto durante a pandemia de COVID-19: experiência de puérperas. *Research, Society and Development.* 2022;11(12):e268111234306. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34306>
  31. Mittelbach J, Albuquerque GSC. A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2022;20(e00332163.):1-14. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00332>
  32. Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil Nas trajetórias de suas pesquisadoras. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2020;27(2):485-502. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>

33. WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. 2020. Acesso 22 fev 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200531-covid-19-sitrep-132.pdf>

## 6.2 Artigo 2 (Aceito na Revista Gaúcha de Enfermagem)

### DESAFIOS NO CUIDADO DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19 DURANTE A PANDEMIA

#### RESUMO

**Objetivo:** Compreender os desafios no cuidado de crianças nascidas de mães com covid-19 durante a pandemia. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, realizada de novembro de 2020 a maio de 2021, em duas maternidades públicas, com mulheres que tiveram filhos na primeira onda da pandemia, diagnosticadas com covid-19, durante a gestação e/ou parto. Realizaram-se 19 entrevistas semiestruturadas com análise temática. Utilizou-se do Interacionismo Simbólico como referencial teórico. **Resultados:** Identificaram-se mudanças nos cuidados a crianças recém-nascidas. No ambiente doméstico, as medidas de higiene com o recém-nascido foram redobradas, o isolamento social restringiu a rede de apoio e as mães se sentiram sozinhas e sobrecarregadas. No âmbito assistencial, houve retrocesso no cuidado neonatal e interrupção de cuidados profissionais, como suspensão de consultas. **Conclusões:** A pandemia reestruturou os modelos tradicionais de cuidados familiares, intensificou as dificuldades de acesso à saúde e expôs as crianças a riscos inerentes à falta de acompanhamento.

**Palavras-chave:** Covid-19. Cuidado da criança. Relações mãe-filho. Saúde da criança.

#### ABSTRACT

**Objective:** Understanding the challenges in caring for children born to mothers with COVID-19 during a pandemic. **Methods:** Qualitative research, carried out from November 2020 to May 2021, in two public maternity hospitals, with women who had children during the first wave of the pandemic, diagnosed with covid-19 during pregnancy and/or childbirth. Nineteen semi-structured interviews with thematic analysis were carried out. Symbolic Interactionism was used as a Theoretical Reference. **Results:** Changes in the care of newborn children were identified. In the domestic environment, hygiene measures with the newborn children were redoubled, social isolation restricted the support network and mothers felt alone and overwhelmed. In terms of care, there was a setback in neonatal care and interruption of professional care, such as the suspension of appointments. **Conclusions:** The pandemic has restructured traditional models of family care, intensified difficulties in accessing healthcare and exposed children to the risks inherent in the lack of follow-up.

**Keywords:** COVID-19. Child care. Mother-child relationships.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Comprender los desafíos en el cuidado de niños nacidos de madres con COVID-19 durante una pandemia. **Métodos:** Investigación cualitativa, realizada de noviembre de 2020 a mayo de 2021, en dos maternidades públicas, con mujeres que tuvieron hijos durante la primera ola de la pandemia, diagnosticadas con covid-19 durante el embarazo y/o parto. Se realizaron diecinueve entrevistas semiestructuradas con análisis temático. Se utilizó como marco teórico

el Interaccionismo Simbólico. **Resultados:** Se identificaron cambios en el cuidado del recién nacido. En el ámbito doméstico, se redoblaron las medidas de higiene con el recién nacido, el aislamiento social restringió la red de apoyo y las madres se sintieron solas y abrumadas. En cuanto a la atención, hubo retroceso en la atención neonatal e interrupción de la atención profesional, como la suspensión de citas. **Conclusiones:** La pandemia ha reestructurado los modelos tradicionales de cuidado familiar, intensificado las dificultades de acceso a la salud y expuesto a los niños a los riesgos inherentes a la falta de seguimiento.

**Palabras clave:** COVID-19. Cuidado de los niños. Relaciones madre-hijo. Salud de los niños.  
**INTRODUÇÃO**

A qualidade dos cuidados ofertados desde o nascimento tem importância prioritária para a sobrevivência e o desenvolvimento saudável da criança<sup>(1)</sup>. Os primeiros 1.000 dias de vida, período que vai da concepção até dois anos de idade, representam importante marco na garantia da qualidade de vida de um indivíduo até a fase adulta<sup>(2)</sup>.

Com o surgimento da pandemia de covid-19, houve mudanças nessa oferta de cuidados, pois a necessidade de permanecer em casa modificou a dinâmica pessoal e familiar, com influência social, psicológica e financeira<sup>(3)</sup>. Assim, pais foram obrigados a reorganizar as atividades domésticas e de trabalho externo (predominantemente mulheres)<sup>(4)</sup>. E, embora as crianças não apresentem maior risco para a forma grave de covid-19, a pandemia trouxe repercussões importantes para as diferentes infâncias brasileiras, com consequências não intencionais para a saúde e o bem-estar dessa população, especialmente as de maior vulnerabilidade social e as que possuem doenças crônicas e/ou condições especiais<sup>(5)</sup>.

Mesmo antes da pandemia e do fechamento de muitos serviços de saúde, os cuidados infantis enfrentavam algumas dificuldades, como filas de espera, insuficiência de pediatra ou especialistas, dentre outros. Essa situação se agravou, pois, a pandemia trouxe consigo a falta de opções de cuidados infantis seguros, confiáveis e acessíveis<sup>(4)</sup>. Somando-se às restrições sociais impostas pelo isolamento social, a fim de proteger a criança, houve reorganização dos serviços de saúde, com a suspensão provisória das consultas. Nesse cenário pandêmico, destaca-se a importância da capacidade dos indivíduos de acessarem, compreenderem e usarem informações, de forma que os ajudem a manter e promover a saúde. Essa capacidade tem sido



denominada de literacia em saúde, meio de empoderamento da população, que confere a estes autonomia e capacidade de usar as informações de saúde de maneira efetiva, envolvendo um conjunto de competências cognitivas e sociais<sup>(6)</sup>.

No cuidado infantil, a literacia em saúde das mães é importante para agir de forma mais racional e estratégica, pois mudanças e orientações precisam ser entendidas e elaboradas pelas mães e famílias para nortear a tomada de decisão. Assim, o conhecimento materno relacionado às formas de transmissão do vírus e às medidas de prevenção da doença pode ser decisivo para o enfrentamento da situação<sup>(7)</sup>. Além disso, considerando que o cuidado envolve um conjunto de ações articuladas, reflexivas, negociadas, compartilhadas, significativas, sendo um produto social afetado pela ação-interação dos indivíduos, torna-se pertinente sua compreensão a partir do interacionismo simbólico, visto que essa abordagem focaliza os significados envolvidos nas ações humanas e como eles se sustentam nas interações sociais<sup>(8)</sup>. Este trabalho objetiva, portanto, compreender os desafios no cuidado de crianças nascidas de mães com covid-19 durante a pandemia, considerando que ainda são poucos os estudos que abordam essas questões.

## **MÉTODOS**

Pesquisa qualitativa que utilizou o interacionismo simbólico como referencial teórico. Para Blumer, o interacionismo se fundamenta no princípio de que o ser humano planeja e dirige as próprias ações em relação aos outros, conferindo-lhes sentido e significados, frutos da interação social. A vida social propicia processo de inter-relações e interpretações de significados compartilhados por um grupo ou comunidade, que pode relacionar, moderar, reagrupar e transformar de acordo com a situação vivenciada<sup>(9)</sup>. A partir dessa perspectiva, buscou-se apreender os sentidos e significados atribuídos por mães no cuidado dos filhos, no

contexto de uma emergência sanitária. Trata-se de investigar as interações estabelecidas e o reflexo destas na experiência dessas mulheres.

O estudo ocorreu em duas maternidades públicas de referência para atendimento a gestantes de risco e recém-nascido (RN) com necessidades de cuidados intensivos em um município do Nordeste do Brasil. Essas duas maternidades, uma de gestão estadual e outra federal, disponibilizaram áreas de isolamento para gestantes, puérperas e RN com suspeita ou confirmação da doença.

Incluíram-se mulheres que tiveram filhos durante a primeira onda da pandemia, período de março de 2020 a novembro de 2020, com diagnóstico de covid-19 confirmado por meio do exame laboratorial RT-PCR, verificado no prontuário. Consideraram-se critérios de exclusão problemas cognitivos, auditivos e de fala, uma vez que estes poderiam dificultar ou impossibilitar os relatos, bem como mulheres cujos filhos tenham ido a óbito após o nascimento.

O levantamento da população de estudo ocorreu de setembro a novembro de 2020, a partir dos registros de admissão de mulheres com covid-19, informados pelas duas maternidades, sendo identificadas 76 mulheres na Unidade 1 e 61 na Unidade 2. A partir dessa lista inicial, acessaram-se os prontuários e identificaram-se as características sociodemográficas [idade, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, renda, local de residência (urbano ou rural)] e clínicas [idade gestacional, paridade e local de internação (enfermaria e/ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI)), de cada mulher]. A escolha das participantes foi intencional e buscou contemplar a diversidade de situações encontradas, refletindo na totalidade das múltiplas dimensões da situação em estudo<sup>(10)</sup>. A Figura 1 apresenta o fluxograma da definição das participantes.

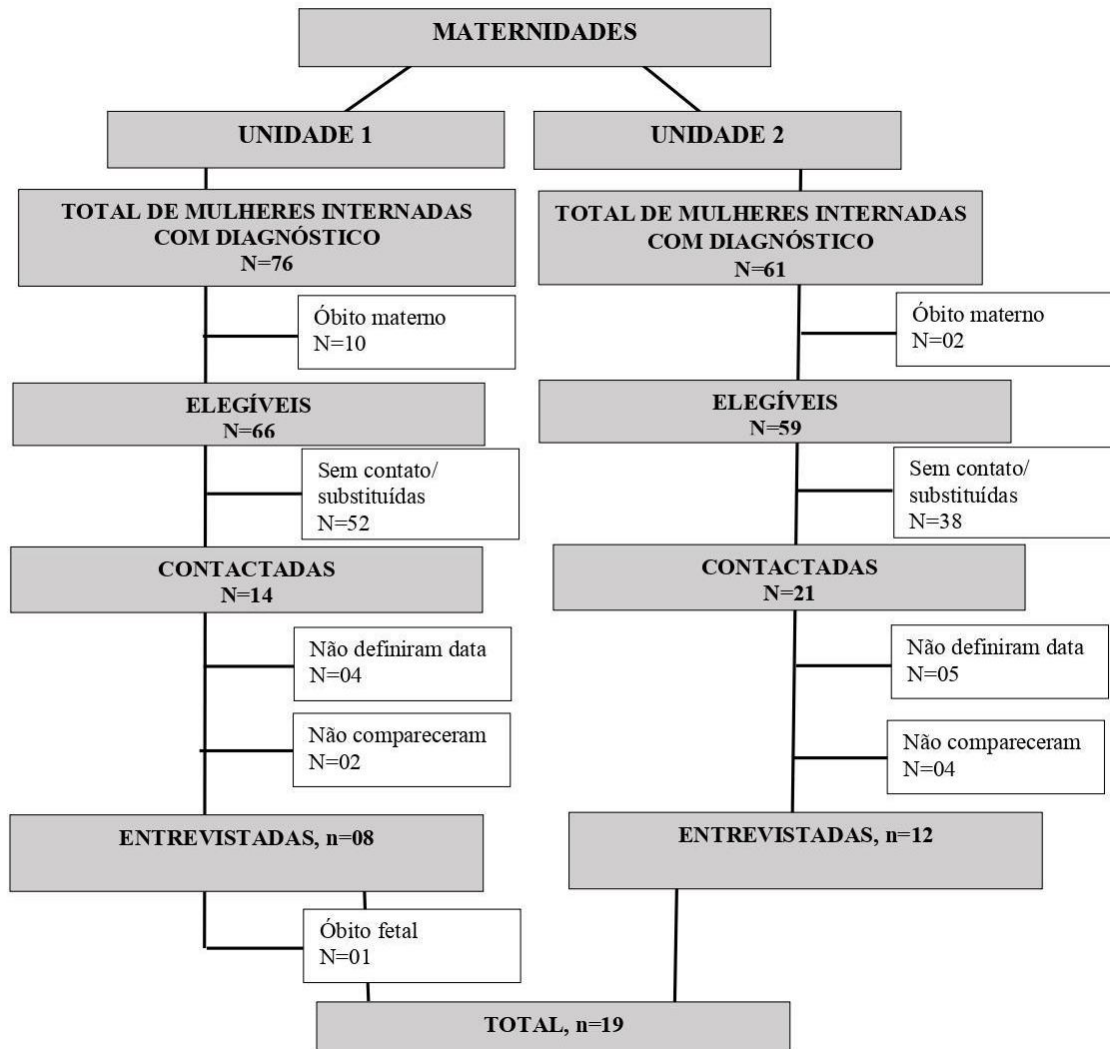


Figura 1. Fluxograma da amostra do estudo.

As entrevistas ocorreram de novembro de 2020 a maio de 2021. Para o fechamento das participantes, utilizou-se da técnica de saturação dos sentidos que sinaliza a interrupção da coleta de dados quando as entrevistas não trazem novas informações para o objeto de estudo<sup>(10)</sup>, o que aconteceu a partir da 15ª entrevista, pois as quatro entrevistas realizadas depois desta confirmaram a saturação.

A abordagem inicial para realização das entrevistas foi feita por telefone, a partir do mês de outubro, quando eram apresentados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para participação. Após três tentativas de contato sem sucesso (a ligação não completava ou não era

atendida), a mulher era substituída por outra com características similares. Não houve recusa direta, após estabelecido o contato inicial. No entanto, mesmo após várias tentativas, ocorreram, em algumas situações, dificuldades para agendar a entrevista e, em alguns casos, as mulheres não compareceram à data agendada. Estes casos foram entendidos como recusa indireta.

A data e a forma como as entrevistas foram realizadas, se por meio digital, por telefone ou presencial, foram definidas de acordo com a conveniência das participantes. Quando presenciais, foram realizadas no domicílio ou no hospital nos dias de consulta de acompanhamento da criança, seguindo as medidas de segurança necessárias, como distanciamento, uso de máscara, álcool em gel, dentre outros. Em cada situação, a escolha do local buscou respeitar os princípios de sigilo, autonomia e privacidade.

Para coleta de dados, utilizou-se da técnica de entrevista semiestruturada, a partir de dois instrumentos: questionário com dados sociodemográficos e clínicos da mulher e do RN e roteiro de entrevista semiestruturada com as principais questões que nortearam as entrevistas: experiências no momento do nascimento, durante a internação, expectativas e apoio no momento da alta do RN, cuidados no domicílio e acompanhamento profissional após a alta. Os dados foram gravados, com autorização das mulheres e foram, posteriormente, transcritos. As entrevistas duraram, em média, 40 minutos e foram realizadas por pesquisadoras com experiência em pesquisa qualitativa que não tinham relação prévia com as entrevistadas.

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, sendo adotadas as seguintes etapas: pré-análise, com leitura flutuante das transcrições; categorização do material, classificação dos dados em busca das unidades temáticas; e identificação dos núcleos de sentido – unidades de compreensão do texto<sup>(10)</sup>. Os dados foram interpretados a partir dos fundamentos do Interacionismo Simbólico que tem como paradigma as pessoas e sua inserção e interação com/no mundo social, considerando seus principais pressupostos (mente, *self*, símbolos, linguagem, ação humana e interação social)<sup>(9)</sup>. Desta forma, buscou-se contemplar

como as entrevistadas foram reconstruindo sentidos para as experiências vividas nas relações familiares e com os profissionais no contexto de crise sanitária provocada pela pandemia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, com base na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com CAAE nº: 35645120.9.0000.5086. Os nomes das participantes foram substituídos por identificação fictícia (nome de flores), de modo a preservar o anonimato. Para a redação do artigo foram adotadas as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research - COREQ*<sup>(11)</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Entrevistaram-se 19 mães que testaram positivo para covid-19. As entrevistadas tinham idades entre 17 e 40 anos, a maioria era preta ou parda (15), moravam na zona urbana (17), concluíram o ensino médio (09), eram cristãs (17), empregadas (12), viviam com o companheiro (12) e possuíam renda familiar de até um salário mínimo (09). Oito eram primíparas e 11 multíparas, acerca da paridade, houve variação quanto ao número de filhos vivos (1 a 10).

No tocante às características clínicas, 16 foram internadas para tratamento da doença no primeiro trimestre de gestação. Destas, seis permaneceram internadas até o puerpério e 10 tiveram alta e retornaram posteriormente para o parto. Duas foram atendidas durante a gestação, ficaram em observação e não internaram. Apenas uma mulher foi internada com sintomas no terceiro trimestre de gestação e permaneceu até o puerpério. Dezesesseis mulheres tiveram a gestação interrompida por cesariana e três tiveram parto normal. Das oito pacientes que possuíam comorbidades, três precisaram de UTI.

Quanto aos RN, cinco necessitaram de internação em UTI neonatal (UTIN) e dois destes testaram positivo para covid-19. Todos os RN de mães que foram internadas na UTI nasceram

pré-termo (menos de 37 semanas) e com o peso entre 2.080g e 2.780g. Estas crianças tinham, no momento da entrevista, de um a oito meses de idade.

O processo de análise das informações fez emergir duas unidades temáticas: Vicissitudes do cuidado de crianças na pandemia; e Desafios e enfrentamentos na busca por cuidados na rede de saúde.

### **Vicissitudes do cuidado de crianças na pandemia**

Os cuidados com as crianças que nasceram durante a pandemia de covid-19 foram marcados por dificuldades ocasionadas ou potencializadas pelas orientações de medidas de proteção e adequações nas rotinas da rede de saúde, muitas recomendadas pelo Ministério da Saúde e por instituições de pesquisa dedicadas ao enfrentamento da pandemia no Brasil.

Embora o foco deste artigo seja nos cuidados após a alta hospitalar, é importante registrar que as mudanças nos cuidados com as crianças foram percebidas pelas mães desde o momento do nascimento, prolongando-se durante a internação no alojamento conjunto (ALCON) e/ou UTIN, e no domicílio, após a alta. Os significados atribuídos a tais mudanças se constituíram nas interações sociais com profissionais e familiares, no ambiente profissional e domiciliar e estiveram fundamentados no medo da contaminação pelo novo coronavírus.

Para as mães, as principais mudanças que a covid-19 trouxe durante o nascimento dos filhos foi a ausência de qualquer interação ou contato imediato com o RN e a restrição de acompanhante.

*Eu nem olhei, não me mostraram não (filha), por causa da doença também... Aí, quando tiraram ela, eu só escutei eles falarem: Está tudo bem com ela, graças a Deus. (Violeta)*

*Eles tiraram o neném, aí, só vieram aqui perto da minha cabeça, eu vi, aí, eles levaram ele de novo. (Tália)*

*Ah, não, não tive [acompanhante]. A minha mãe, que ia toda vez comigo, não deixaram ela entrar. Ficou do lado de fora da maternidade. 'Sem visita'. (Melissa)*

Foi possível compreender a ressignificação do cuidado com o RN que, para essas mulheres, passou a ser pautado na prevenção da covid-19, incluindo a necessidade de controle do ambiente e dos riscos. As interações sociais naquele momento passavam a representar ameaça às crianças e o isolamento se tornou estratégia central do cuidado, dificultando a utilização de redes de apoio, que culturalmente fazem parte do processo de parto e nascimento.

Desta forma, durante a primeira onda da covid-19, a assistência ao RN na sala de parto foi ajustada com base no quadro clínico materno. Os cuidados foram diferenciados em mães com ou sem sinais para gravidade, principalmente as boas práticas de parto e nascimento, dentre elas, o contato pele a pele (CPP) que foi desencorajado. Para as mulheres deste estudo, independente da situação clínica apresentada, o CPP não foi realizado.

A recomendação atual é que o CPP imediato seja liberado mesmo para mães com diagnóstico positivo para covid-19<sup>(12)</sup>, pois os benefícios a curto e longo prazo para mães e RN, superam os potenciais riscos. Ressalta-se a compreensão destes benefícios pelos profissionais de saúde, em especial, de enfermagem, categoria estrategicamente importante no estímulo desta prática.

Existe associação entre a presença do acompanhante durante a internação para o parto e a realização do CPP. A presença do acompanhante favorece a humanização da assistência obstétrica e neonatal, diminui as intervenções desnecessárias e contribui para realização das boas práticas<sup>(13)</sup>. Entretanto, a ausência do acompanhante foi vivenciada pela maioria das mulheres, prejudicando a interação entre ela, o RN, e os demais sujeitos envolvidos naquele cenário.

As mães que foram transferidas para o ALCON, relataram dificuldades de cuidar de si e dos filhos, devido à restrição do acompanhante e reduzida ajuda dos profissionais de saúde.

*No hospital, foi complicado, porque eu tinha acabado de ter o parto normal. Estava ruim, estava exausta, mas era eu que tinha que trocar a fralda, dar mamar. Eu não conseguia dormir, porque como eu estava sozinha com ela, eu ficava com medo dela chorar, eu dormir, eu não escutar. Não tinha quem me chamasse, para acordar ela,*

*para me acordar e pegar ela. Então, foram três dias depois do parto que eu praticamente nem dormi. Porque como era eu sozinha com ela, quando eu conseguia cochilar, ela despertava. (Iris)*

A pandemia da covid-19 provocou mudanças nas rotinas hospitalares, impondo restrições e isolamento em vários âmbitos da vida dessas mulheres. Sabe-se que a presença do acompanhante contribui em diversas esferas de adaptação da puérpera e do RN, desde as modificações emocionais até as físicas, além de auxiliar no próprio cuidado da mulher e do RN, tanto quanto na identificação de possíveis anormalidades<sup>(14)</sup>.

Durante a pandemia os símbolos e significados<sup>(15)</sup> atribuídos a essas interações foram alterados chegando a afetar negativamente a percepção de apoio e acolhimento. Muitas vezes o acompanhante poderia representar um risco adicional de contaminação, mas a falta desse apoio próximo, deixava as mulheres vulneráveis e com dificuldades adicionais para lidar com os desafios do puerpério.

As mulheres sentiam-se sozinhas e sobrecarregadas em um momento de dificuldade, em que necessitavam de acolhimento e atenção de alguém com quem tivessem afinidade<sup>(14)</sup>. Em uma perspectiva do interacionismo simbólico, pode-se compreender como a ausência dessas interações afetou as mulheres emocionalmente. Em algumas situações, a presença física do profissional, mesmo reduzida devido às restrições do hospital, ajudou a minimizar estes sentimentos negativos, simbolizando acolhimento, atenção e cuidado. Esses profissionais passaram a ser vistos como fontes de apoio e segurança, capazes de fornecer conforto emocional às mulheres em momentos desafiadores, ampliando o seu papel de cuidados, aspectos muitas vezes fragilizados no ambiente hospitalar.

As mães cujos RN foram para a UTIN logo após o nascimento, relataram mudanças relacionadas às práticas e rotinas de internação na Unidade Neonatal. Elas informaram que não era permitido que a mãe e o pai entrassem juntos para ver o filho. Eles precisavam alternar a



permanência na UTIN. Relataram, ainda, que não era permitida a entrada de outros familiares, a exemplo de avós e irmãos que anteriormente faziam parte da rotina hospitalar.

*Então, a minha construção com ela [RN], o meu vínculo era assim, o Canguru, quando tinha um intervalo de um remédio, só podia uma pessoa, então, também, eles cancelaram o dia dos avós, por conta da pandemia... eles têm um projeto lá dos avós visitarem os bebês na UTI neonatal e, aí, foi cancelado por conta da pandemia, só podia o pai ou a mãe, nenhuma outra pessoa estava autorizada. (Rosa)*

A pandemia trouxe retrocessos no cuidado neonatal, afetando práticas facilitadoras de vínculos, como visita de avós, irmãos, outras pessoas da rede de apoio e, até mesmo, dos próprios pais, práticas consolidadas nos últimos anos. Documentos publicados estabeleceram a suspensão dessas visitas, contrariando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que as famílias tiveram que se afastar das UTIN, para cumprir as exigências de isolamento e a diminuição de circulação de pessoa<sup>(16-18)</sup>.

Nas UTIN, foram suspensas a visitação de quaisquer membros da família que não fossem os pais, à exceção da impossibilidade da presença destes. Enfatiza-se que a ausência dos avós e outros familiares interfere negativamente na construção de vínculo entre o binômio RN e família ampliada e na possibilidade de escuta qualificada com potencial de intervenção direta a estes membros<sup>(19)</sup>.

As adequações no atendimento aos RN em UTIN retardaram o estabelecimento da relação com a família estendida e impuseram restrições, até mesmo para os pais, durante o período em que frequentaram os ambientes de internação. Considera-se que essas adaptações limitaram as interações das mães com os filhos e familiares naquele momento, influenciando negativamente nas competências para o cuidado em casa. A exposição a símbolos sociais que versam sobre o vírus e sua ameaça à vida, ampliaram preocupações, produziram medo e insegurança.

Nesse campo simbólico interacional, a necessidade de apoio para cuidar de RN e os sentimentos de aflição frente à possibilidade de contaminação, revelaram situações de sobrecarga emocional e física dessas mães. Apesar disso, o recurso de tecnologia digital significou para as mães, importante ferramenta na oferta do cuidado em saúde, facilitando a interação com seus filhos e com o mundo. Nesse cenário, destaca-se a sensibilidade dos profissionais, na tentativa de superar a distância causada pelas novas rotinas. Uma das estratégias utilizadas, por exemplo, foi o registro fotográfico e por vídeos que colaborou para a aproximação de pais e familiares com o RN.

*Ele [o pai do RN] também ia todo santo dia na UTI, mas só entrava um de cada vez. Aí, a gente pediu uma autorização, logo na primeira vez que eu fui conversar com a assistente social responsável lá da UTI, para entrar os dois para tirar foto. Mas, que a gente ia tirar rapidinho e foi um negócio, assim, a gente nem tirou foto do nosso celular, eles tiraram, uma funcionária tirou foto no celular protegido com aquele plástico filme e a gente deu nosso número para ela passar por WhatsApp, justamente para não ter esse contato dela com nosso celular e foi assim. (Rosa)*

Diante das restrições, os profissionais buscaram alternativas para manter a conexão e fornecer suporte aos pais e novas formas de interação simbólica<sup>(15)</sup> foram adotadas para atender às necessidades de aproximação, mesmo que não fossem presenciais. Assim, emergiram outras estratégias durante o cuidado com as crianças nos serviços de saúde, como o uso de celulares, em que os profissionais buscaram diminuir a rigidez que a privação de contato impôs para o enfrentamento da pandemia. Muitos profissionais ofereceram o próprio celular para o registro fotográfico e por vídeos dos RN, para enviar para os pais enquanto ainda não podiam ter essa vivência no cotidiano, buscando responder às demandas dos pacientes fora do espaço e da temporalidade do trabalho. Construíram-se muitas formas de solidificar o apego, garantindo os protocolos de cuidado<sup>(17)</sup>.

As medidas restritivas relacionadas ao acesso da família à UTIN, que provocaram mudanças nas interações sociais, por outro lado, possibilitaram algum controle relacionado à

exposição ao vírus nesse ambiente, a medida que oferece maior sensação de segurança aos profissionais e aos pais. Porém, salienta-se que essas medidas podem atravessar arduamente as conquistas relacionadas às práticas facilitadoras de vínculos e proteção neurossensorial dos neonatos, aumentando o desafio da equipe multiprofissional na prestação dos cuidados<sup>(17)</sup>. A presença dos pais, garantida por portaria ministerial e já bem aceita, sofreu uma mudança de significados<sup>(15)</sup> nesse contexto desafiador.

Após a alta da mãe e do filho, também foram percebidas mudanças nos cuidados domiciliares. O momento da saída da maternidade com os filhos, de um evento familiar, transformou-se, pelo medo da exposição, em isolamento, acarretando restrição de visitas de parentes e amigos e inexistência de apoio no cuidado com os filhos.

*Não aceitava também muita visita, não. Falei assim: visita eu não quero no momento, pela respiração dele, né? E também por causa dessa covid que não terminou ainda. (Açucena)*

*Então, ontem mesmo, chegou um parente que a gente não queria ter contato, chegou sem máscara e, aí, eu olhei assim... e eu fui e me tranquei no quarto com a bebê. (Rosa)*

*Porque tem gente que não entende. Tem gente que quer pegar o bebê, quer me pegar e é muito triste dizer que não. Não, não pega, não faz isso. Tem gente que não tem educação. (Flora)*

*Bem difícil, porque nossos amigos querem ver, querem estar próximos, e a gente não pode... Não podia. (Amarilis)*

Dentre as mudanças advindas com a pandemia, o isolamento social restringiu a interação e apoio familiar proporcionado às mães, tanto pelo medo de contaminar a criança quanto pela própria rede de apoio, muitas vezes, constituídas por idosas: mães, avós e, até mesmo, bisavós, que fazem parte de grupos de risco para covid-19<sup>(20)</sup>. A ausência física da família foi um desafio. Ter uma pessoa da família por perto ajuda tanto nos cuidados ministrados aos RN, quanto no apoio à própria puérpera, oferecendo força que, conseqüentemente, reflete na autoestima<sup>(21)</sup>.

A compreensão simbólica dos cuidados domiciliares durante a pandemia nos permite analisar como os significados e as interações sociais<sup>(15)</sup> moldaram a experiência das mães no

cuidado com os filhos e destacar a importância de oferecer suporte emocional e prático em momentos de isolamento e restrição de visitas.

Ressalta-se, ainda, o efeito do isolamento social sobre os sintomas depressivos em meio à pandemia da covid-19, sendo importante o apoio a essas mulheres para reduzir os sentimentos de tristeza e solidão, a fim de suavizar as consequências para a saúde mental<sup>(19)</sup>. A escuta ativa dos profissionais da equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde sobre as condutas que serão adotadas na maternidade podem auxiliar no manejo emocional materno. Sempre que possível, o suporte psicológico é recomendado, associado ao apoio emocional do acompanhante. Ademais, a atenção à saúde mental materna deve ser mantida após o parto.

As mães afirmaram que cuidar de seus filhos recém-nascidos, durante esse período, significou contar com menos ajuda, aumento das atividades domésticas e preocupação redobrada com medidas de higiene no domicílio, além do uso de instrumentos de proteção, como máscaras e álcool em gel.

*Quem chegava perto dela, que era só as minhas irmãs, passava álcool em gel. Até a minha mãe passou álcool em gel. A gente não saía de casa. E quem saía de casa, chegava, passava álcool em gel. Ia direto para o quintal tomar banho no banheiro. Tudo. Toda. Foi feita uma higienização dobrada. (Hortência)*

*Quando ela tinha que sair para dar o banho, ninguém ficava próximo daqui e o pessoal aqui dentro de casa era o tempo todo de máscara, até o meu sobrinho. Era o tempo todo. Mas, ninguém entrava no quarto. Ninguém pegou ela. Foi pegar ela já depois e ela já tinha um mês. (Iris)*

O desejo de interação dos demais familiares com a criança foi relatado pelas mães como de difícil manejo. Essas medidas de precaução, que culminaram com a separação dos familiares, tinham o objetivo de evitar a transmissão da doença para a criança, pois a pandemia aumentou o medo que as mães tinham de os filhos serem infectados e ficarem gravemente doentes, principalmente devido à capacidade limitada dos leitos hospitalares e UTI<sup>(22)</sup>. Assim, o cenário pandêmico demandou mudanças no modo de vida para reduzir o risco de contágio e motivou as mães a adotarem novas rotinas e hábitos, característicos da cotidianidade, que acabaram

diminuindo a abertura e disposição para interagir e receber apoio. O medo da exposição ao vírus alterou a percepção de segurança e o papel das interações familiares, fazendo com que as visitas e o apoio familiar se tornassem fontes potenciais de risco.

O momento da amamentação também foi ressignificado. A recomendação dos profissionais de saúde foi de usar máscara durante a amamentação. Além disso, as mães mantinham a compreensão acerca da importância da higiene para evitar a transmissão do vírus, como descrito nos relatos a seguir.

*Aí, eu comecei a dar leite para ele com a máscara, mas Graças a Deus, não deu nada, não. (Lis)*

*Quando a gente vai amamentar, tem que ficar muito perto, eu teria que ficar com a máscara. (Carmélia)*

*Eu vou logo banhar, depois que eu banho, eu dou mamar para ele. (Angélica)*

Na literatura, a maioria das diretrizes apoia a amamentação de RN por entre mães com suspeita ou confirmação de covid-19, mantendo medidas de precaução, como uso de máscaras, lavagem das mãos antes e, depois do contato, limpar/desinfetar todas as superfícies. Ademais, se a separação da mãe e da criança for necessária, a mãe deve começar a ordenhar o leite imediatamente para estabelecer e manter a produção de leite<sup>(23)</sup>.

As mulheres mantiveram a compreensão de que a amamentação se trata de estratégia de cuidado essencial da mãe para com o filho e afirmaram o entendimento de que o leite materno não oferece risco de transmissão da doença.

*Sim, eu podia amamentar ela sim, até porque não implicava em nada, a covid com o leite materno. (Carmélia)*

*Com o bebê não acontece nada. O que acontece na verdade, os médicos estavam explicando, é com a mãe. A mãe é que sofre. Graças a Deus, o bebê estava bem. (Flora)*

Por meio das interações com profissionais, destacando-se os de enfermagem por permanecerem durante mais tempo na execução dos cuidados, estas mães foram construindo sentidos para a manutenção da amamentação mesmo durante a pandemia. Especialmente diante da ausência da rede de apoio familiar imposta pela covid-19, as orientações, o apoio e incentivo à amamentação desde as primeiras horas de vida do RN foi essencial.

No início da pandemia, na China, as puérperas foram desaconselhadas quanto à amamentação, porém, atualmente, evidências demonstram que não há presença de vírus no leite materno, assim, a promoção do aleitamento materno deve ser incentivada, principalmente pelos benefícios de imunização da criança<sup>(24)</sup>. Para isso, é fundamental o suporte dos profissionais de saúde e da rede de apoio, especialmente no período da pandemia, em que surgiram dúvidas e incertezas em relação a essa prática. Nesse processo, a amamentação pode ser considerada um importante fator interacional entre a mãe e o seu filho, propiciando a descoberta de sentimentos recíprocos, e um significado de forte ligação, interpretados e atribuídos pela mãe.

Evidencia-se, assim, o pressuposto da ação humana, que é um resultado da auto-interação, construída através das indicações que a pessoa faz a si e das interpretações do que indica para agir<sup>(9)</sup>. Essas mães estabeleceram que deveriam amamentar, após suas observações e interpretações daquela situação em que se encontravam.

### **Desafios e enfrentamentos na busca por cuidados na rede de saúde**

Após o retorno das mães ao domicílio, a primeira barreira enfrentada foi a dificuldade de acesso às consultas de acompanhamento a serem realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As entrevistadas relataram dificuldades para conseguir atendimento. Em algumas situações, havia uma lacuna temporal entre as consultas e, em um caso, especificamente, a criança teve a primeira consulta somente aos seis meses.

*Já fui conseguir uma consulta para ele (filho), com seis meses. Peguei os documentos dele, o cartão do SUS, fui lá e expliquei para moça que ele estava sem consultar. Eu*

*estava com um bebê de seis meses que ainda não tinha consultado. E eu queria uma consulta para ele, porque ele ia começar a comer sopinha, essas coisas. Aí, ela foi e arrumou para mim. Eu consegui. (Jasmim)*

A escassez de continuidade no atendimento provocou insegurança nas famílias em relação aos cuidados com as crianças, mas é necessário destacar que esta situação não foi exclusiva da pandemia, foi agravada por ela. Fatores relacionados à descontinuidade do seguimento, como organização e disponibilidade dos serviços, condições socioeconômicas da família, apoio social e a própria percepção das mães sobre a necessidade do seguimento ambulatorial já eram relatadas<sup>(25)</sup>.

Com a pandemia, no entanto, essa situação se agravou, pois, se somou a isso a redução do número de atendimentos por dia nas UBS para não gerar aglomeração; o fechamento de algumas unidades; o adoecimento de profissionais pela covid-19; e o afastamento de profissionais por serem grupos de risco; além do medo das mães de irem até o serviço de saúde e se infectar ou infectar os filhos. Esses aspectos dificultaram o estabelecimento da interação entre profissionais de saúde, mães e familiares, além disso, prejudicaram a progressão de um cuidado coeso que atendesse às demandas de saúde dos RN. O cuidado longitudinal e o estabelecimento de vínculo dos usuários com as equipes de saúde são alguns dos princípios que devem nortear os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>(26)</sup> e que remetem ao interacionismo simbólico.

Quando a necessidade das mães se direcionou ao atendimento especializado com médicos pediatras, as mulheres também referiram dificuldades nos agendamentos.

*Eu não consegui consulta de jeito nenhum! Até lá no hospital. Porque a primeira consulta, quando tem bebê lá, eles fazem lá mesmo. Mas, só a primeira, que é lá. Depois, não é mais com eles. Até essa daí eu não consegui! Por conta da pandemia. (Jasmim)*

*A dificuldade que eu tô tendo é pediatra. Porque nos postos está muito difícil. Está marcando por telefone, quando a gente liga, já não tem mais vaga. (Melissa)*

Um dos fatores relacionados à redução dos atendimentos prestados por esses serviços foi o afastamento de médicos, enfermeiros e técnicos que foram infectados pelo SARS-CoV2 e que precisaram se isolar para recuperação e declínio do ciclo de transmissão. Ademais, durante esse período, o número de consultas, o quantitativo de profissionais e as clínicas de seguimento foram reduzidos, com intuito de diminuir a aglomeração<sup>(27)</sup>.

As mães relataram que tiveram que buscar o serviço particular, como estratégia para contornar as dificuldades de atendimento dos filhos no serviço público. Relataram ainda que se sentiam mais seguras no serviço privado, pois, segundo elas, no serviço particular, havia menos aglomeração, além do que, eram oferecidas opções de agendamento, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), como: propés, toucas, paramentação dos profissionais, dentre outros. Essas medidas atenuavam o medo de contaminação.

*Eu estou fazendo o acompanhamento pediátrico dela em uma clínica particular. É por hora marcada, então, enquanto a gente está lá, não tem mais ninguém, a não ser a recepcionista. A gente chega, eles botam a proteção no pé, touquinha. Eles pedem que, se a gente perceber que está com algum sintoma de gripe, troque a data. A gente optou por pagar. A gente optou, tanto por medo, como por comodidade. (Rosa)*

O fato de buscarem o serviço privado denota que houve dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços públicos de saúde. Estudos ressaltaram ainda a desigualdade no acesso aos serviços públicos e privados de saúde, que permaneceu latente durante a pandemia da covid-19. Outros problemas foram evidenciados, como a demora para abertura de novos leitos no Sistema Único de Saúde (SUS), ausência de informações sobre a capacidade instalada em hospitais privados, carência de comunicação entre setores público e privado para mitigar a letalidade e pacientes do SUS recorrendo ao judiciário por vaga em UTI, enquanto os consumidores de planos de saúde pleitearam a suspensão dos prazos de carência contratual<sup>(28)</sup>.



Outro importante resultado foi relacionado ao acesso às vacinas. As mães afirmaram que tiveram o direito à vacinação garantido, inclusive com reorganização dos locais de vacinação, garantindo a segurança das crianças.

*A bebê tomou uma vacina há uns dois dias, a penta. Quando eu fui no posto de saúde, fui eu e meu pai, eles pediram para entrar só quem ia segurar a bebê, para não entrar os dois, por conta da covid. E as enfermeiras estão em uma escola que é bem maior que o posto de saúde, para não ter aglomeração, por conta do vírus. Então, eles ficam no pátio. (Rosa)*

*Com relação às primeiras vacinas, ele tomou lá no hospital mesmo, que lá tinha tudinho. Só as outras vacinas que eu levei no posto, foi tudo certinho. (Angélica)*

Independentemente de vínculos com planos de saúde privados e consultas particulares, as vacinas são referência do SUS para as mães. O formato de trabalho foi repensado pelas equipes de atenção primária. Foram feitas adequações dos atendimentos quanto ao espaço físico, de modo a garantir medidas de distanciamento e circulação de ar nos ambientes de atendimento, assim como os agendamentos constituíram a estratégia mais utilizada para evitar que os pacientes se aglomerassem na recepção das unidades<sup>(29)</sup>.

Apesar das falas positivas das mulheres entrevistadas, neste estudo, que relataram a compreensão da importância da vacinação e obtiveram desfecho positivo na vacinação dos filhos, no decorrer desse período, houve diminuição da cobertura vacinal no Brasil<sup>(30)</sup>. Essa é uma questão multifatorial que precisa ser enfrentada.

Muitas mães não levaram os filhos às unidades de saúde para realizar a vacinação, com medo da exposição à covid-19. Diante da escassez de oportunidades de conversar sobre essa questão com os profissionais, muitas mulheres ficaram atentas às informações veiculadas em distintas interações sociais, que incluíam excesso e desencontro de informações, além de *fakenews*. De acordo com o interacionismo simbólico, as pessoas constroem significados e atribuem símbolos com base nas interações sociais e nas informações que recebem<sup>(15)</sup>. Antes da pandemia, as vacinas eram consideradas símbolos de prevenção de doenças e segurança para

as crianças. No entanto, com a disseminação da covid-19 e o medo associado à exposição ao vírus, algumas mães passaram a ter medo de sair com os filhos de casa preocupadas com o risco de contaminação.

Além disso, as vacinas passaram a ser novamente questionadas com relação à sua necessidade e segurança e muitas pessoas aderiram a um movimento conhecido como anti-vacina. Este movimento, que se fortaleceu durante a pandemia e continua a repercutir, mesmo após a diminuição da transmissão da covid-19<sup>(31)</sup>, pode ser visto como uma forma de construção de significado e símbolos<sup>(15)</sup> alternativos em relação às vacinas. As pessoas que aderem a esse movimento baseiam suas decisões em crenças, percepções e informações que obtêm em suas interações sociais. Pode ser que a falta de oportunidade de conversar diretamente com profissionais de saúde tenha levado essas mulheres a buscarem informações em mídias sociais e conversas informais. A falta de clareza e excesso de informações contraditórias podem ter abalado o símbolo de segurança associado às vacinas.

Assim como as vacinas, os testes de triagem neonatal são referidos pela maioria das mães do estudo como realizados de forma exitosa na UBS. A princípio, as mães relataram alguma dificuldade em realizar esses testes na maternidade que o RN nasceu, devido ao afastamento de profissionais, entretanto, conseguiram realizar sem problemas na UBS ou encaminhado por ela.

*Ela não fez o teste (da orelhinha) na maternidade assim que nasceu porque a médica estava de atestado. Aí, depois de um mês, eu acho, eu liguei para maternidade e eles me deram um outro contato, eu entrei em contato com a médica e fui fazer o teste dela. (Camélia)*

*Eu consegui fazer as vacinas e os testes. O teste da orelhinha, do pezinho e da linguinha. (Iris)*

*Desde quando ele nasceu com um mês, a gente foi no posto fazer o teste do pezinho. [...] aí, depois, a gente foi na Carmosina [maternidade referência da UBS] fazer o teste da orelhinha e do olhinho. (Lis)*

Os testes de triagem neonatal são componentes de políticas públicas em diversos países e referem-se à identificação do nascimento até o 28º dia de vida de doenças ou distúrbios, promovem diagnóstico precoce das condições de adoecimento e alterações do desenvolvimento e permitem tratamento ou manejo precoce. Por meio do rastreamento, espera-se prover melhor prognóstico aos RN diagnosticados com algum problema de saúde, evitam-se ou mitigam-se distúrbios futuros e diminui-se a carga de morbimortalidade<sup>(32)</sup>.

As mães que tiveram os filhos internados na UTIN informaram que estas crianças foram encaminhadas para acompanhamento ambulatorial especializado periódico, após a alta; e que este acompanhamento foi garantido com consultas, em maioria, realizadas por meio da telemedicina. Relataram que recebiam orientações relativas à observação atenta da saúde dos filhos e sobre a condução de eventuais necessidades. Nestes casos, a consulta poderia ser presencial.

*O atendimento dela (médica) é muito bom e ela mesmo acompanha também via whatsapp... Então, quando eu estava internada, já aconteceu de duas das consultas dela eu estar internada, eu acompanhava por videochamada. A própria médica dela fala assim: 'Qualquer dúvida que você tiver me liga, para evitar de levar para o hospital, por conta da pandemia'. Então, a pandemia afetou por esse lado. (Rosa)*

Essa transformação do modelo de atenção à saúde impulsionou a interação entre as mães e os profissionais de saúde, especialmente os médicos, por meio do acesso ao número do telefone particular. Diversas formas de comunicação surgiram nesse período, evidenciando outro pressuposto do interacionismo simbólico, a linguagem, que é composta por instrumentos usados por indivíduos para ordenar a experiência. A sociedade é literalmente dividida por significados que são usados através da linguagem<sup>(15)</sup>.

Certamente, as tecnologias de comunicação significaram, para essas mães, uma nova forma de interação social e passaram a ser peças-chave das estratégias de cuidado em saúde durante a pandemia, especialmente na APS, porém, particularidades de mães e filhos em condições de internação também foram beneficiadas por essa proposta. Mulheres que passaram

por internação hospitalar (por covid-19 ou outros adoecimentos) e precisaram se distanciar dos filhos, puderam acompanhar os atendimentos do *follow-up*, por meio de consultas transmitidas por videochamada. A disponibilidade dos profissionais em realizar o contato mediado pelo uso do celular foi reconhecida como modalidade satisfatória de assistência. Assim, a telessaúde surgiu como opção de cuidado em todos os níveis de atenção, incluindo a APS, para ser disponibilizada especialmente em períodos de crise sanitária, e pode ser um caminho, caso seja aprimorado, pois possibilita acesso a informações qualificadas em tempo oportuno.

Outras ferramentas para o cuidado na APS durante a pandemia citadas nesse estudo foram o uso de aplicativos de mensagens e telefone para atendimento remoto, o atendimento presencial para crianças de risco, as consultas espaçadas e as mudanças de locais e ambientes das unidades de saúde. Entretanto, é preciso cuidado para que esta nova organização do trabalho não cause perda significativa do vínculo profissional-paciente. Dessa forma, para o enfrentamento da pandemia e a reorganização da rede de atenção à saúde, foram necessárias adaptações na rotina dos profissionais e serviços de saúde, com incorporação de estratégias, para que o serviço funcione, incluindo novas formas de cuidado a distância, com uso de tecnologias de informação e comunicação<sup>(33)</sup>.

Apenas duas mães relataram ter recebido visita domiciliar, e uma delas destacou que a visita ocorreu três meses após o nascimento do filho. É importante enfatizar que, desde o início da pandemia, a OMS e o Ministério da Saúde emitiram notas técnicas e outras publicações destacando a importância da visita domiciliar para evitar o deslocamento de puérperas e crianças, especialmente nas fases de *lockdown*<sup>(18)</sup>.

A visita domiciliar para mulheres e crianças na primeira semana após o parto é uma atividade recomendada na APS, que deveria ter sido fortalecida durante a pandemia. Entretanto, merece atenção que as 17 mulheres que não receberam visita não manifestaram essa expectativa. Estudo realizado com usuários em uma UBS evidenciou que estes desconheciam

os direitos como usuários dos serviços de saúde, isso pode explicar o fato das mulheres deste estudo não reportarem essa ausência<sup>(34)</sup>.

Este estudo trouxe contribuições para a prática da enfermagem, à medida que evidenciou a necessidade destes profissionais se apropriarem de tecnologias alternativas para prestar assistência às mães no cuidado aos filhos, sobretudo, em situações emergenciais. Diante da dificuldade de acessar um cuidado integral, longitudinal e qualificado, é necessário reconhecer prontamente o problema e traçar estratégias para minimizá-lo. Nesse sentido, a busca ativa, cuidados domiciliares, uso de tecnologias que permitam a redução de riscos e mantenham a interação entre a comunidade e os serviços de saúde podem ser ferramentas estratégicas para a saúde dessa população.

Considera-se como limitação deste estudo a dificuldade de contactar as mulheres, consequência do período de isolamento social imposto pela pandemia. Buscou-se superar essa limitação realizando algumas entrevistas por meio digital. Ademais, a seleção das participantes a partir de registros de estabelecimentos do SUS reduz a capacidade de generalização dos achados. Todavia, o olhar focado neste segmento da população nos permite analisar uma importante parcela de mulheres em situação de maior vulnerabilidade social.

## **CONCLUSÃO**

A pandemia da covid-19 influenciou a ação das mulheres no cuidado de seus filhos. Após entender seu lugar de mãe (self) naquele momento e por meio da interpretação dos símbolos, atribuíram os significados e utilizaram a linguagem para ordenar a experiência. À medida que restringiu as interações sociais entre as mulheres, os profissionais e familiares, reestruturou modelos tradicionais de cuidados familiares e expôs fragilidades dos serviços de saúde.

A mulher, na sua condição de mãe, desenvolveu o cuidado do seu filho sob duas preocupações: preservar o desenvolvimento da criança e protegê-la da contaminação pelo novo coronavírus. O cenário pandêmico simbolizou a inserção dessa mulher em um contexto de segurança incerta quanto a contaminação, com sobrecarga de trabalho doméstico e desencorajamento para o uso da rede de apoio social. Como desdobramento, a mulher vivenciou o cuidado ao seu filho imerso em sentimentos de preocupação, medo e solidão.

Essas mudanças, no contexto da primeira onda, influenciaram a experiência das mulheres trazendo desafios e dificuldades no cuidado dos seus filhos. Essas dificuldades surgiram desde o momento do nascimento e se prolongaram no decurso da internação, até após o retorno ao domicílio. Na maternidade, essas mães experienciaram a ausência do acompanhante e do contato imediato com o RN e restrições na UTIN. Após a alta, houve barreiras no acesso aos diversos eixos dos serviços de saúde, restrição de visitas de parentes e amigos, sobrecarga com as atividades domésticas. Apesar disso, elas utilizaram estratégias de enfrentamento e se reorganizaram, principalmente com o uso de tecnologia digital.

Tendo em vista que a primeira onda da covid-19 foi considerada como o momento mais crítico da pandemia, conhecer os desafios e as estratégias de enfrentamento utilizadas por essas mulheres traz à luz questões que, muitas vezes, não são reconhecidas. Algumas lições aprendidas foram que as mães não precisavam se separar do seu filho ao nascimento, que a presença do acompanhante é indispensável, que a vacinação e os testes de triagem neonatal devem ser mantidos e que as unidades básicas de saúde precisam se adequar para manter as consultas de acompanhamento da criança, mesmo que fazendo uso da tecnologia digital.

Essas lições podem servir para outras situações de crise sanitárias semelhantes, pois conhecendo as dificuldades enfrentadas, os gestores da saúde poderão investir em intervenções para prevenir tais falhas que ocorreram na pandemia de covid-19 e, assim, instrumentalizar os

profissionais da enfermagem e demais profissionais da saúde a lidar com situações adversas semelhantes.

## REFERÊNCIAS

1. Medeiros JPB, Neves ET, Pitombeira MG, Figueiredo SV, Campos DB, Gomes ILV. Continuity of care for children with special healthcare needs during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm* 2021;75(2):e20210150. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0150>
2. Brines JS, Rigourd V, Billeaud C. The First 1000 Days of Infant. *Healthc* 2022;10(1):10-3. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010106>
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *Lancet*, 2020;395(10227):912-20, 2020. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3532534>
4. Kalluri N, Kelly C, Garg A. Child care during the COVID-19 pandemic: A bad situation made worse. *Pediatrics* 2021;147(3):e2020041525. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2020-041525>
5. Morais AC, Miranda JOF. Repercussões da pandemia na saúde das crianças brasileiras para além da Covid-19. *Physis* 2021;31(1):e310102. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310102>
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259-67. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
7. Reichert APS, Guedes ATA, Soares AR, Brito PKH, Dias TKC, Santos NCCB. Pandemia da Covid-19: vivências de mães de lactentes que nasceram prematuros. *Rev Gaúcha Enferm* 2021;42(spe):e20200364. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200364>
8. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernadino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e4250016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>
9. Blumer M. *Social Policy Research*. Londres: Macmillan, 1978.
10. Minayo MCS. Cientificidade, gêneroslização e divulgação de estudos qualitativos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017;22(1):16-17. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>
11. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>

12. Boscia C. Skin-to-Skin Care and COVID-19. *Pediatrics*, 2020;146(2):e20201836. [http://dx.doi: 10.1542/peds.2020-1836](http://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-1836).
13. Ayres LFA, Cnossen RE, Passos CM, Lima VD, Prado MRMC, Beirigo BA. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 2021;25(2):1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0116>
14. Arora KS, Mauch JT, Gibson KS. Labor and Delivery Visitor Policies During the COVID-19 Pandemic. *Jama* 2020;323(24):2468-9. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.7563>
15. Charon M. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Califórnia: PrenticeHall; 1989.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à S. Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção do novo Coronavírus (SARS-CoV-2). 2020. [Acesso 1 out 2022]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/atenc%CC%A7a%CC%83o-a-saude-do-recem-nascido-no-contexto-da-infeccao-pelo-novo-coronavirus-sars-cov-2/>
17. Morsch D, Custódio Z, Lamy Z. Cuidados psicoafetivos em unidade neonatal diante da pandemia de Covid-19. *Rev Paul Pediatr* 2020;38(2020119)1-4. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020119>
18. WHO. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. [Acesso 9 set 2022]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
19. Machado ICS, Rocha AC, Amaral ASN, Lima RCG, Santos JO, Manfroi EC, et al. Covid-19 beyond the disease: effects of the pandemic on the neonatal intensive care in the light of Nightingale’s environmental theory. *Saude e Soc* 2022;31(1):e201010. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022201010>
20. Perzow SED, Hennessey EMP, Hankin BL. et al. Mental health of pregnant and postpartum women in response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2021;4(100123):1-24. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100123>
21. Lima SP, Santos EKA, Erdmann AL, Souza AIJ. Unveiling the lived experience meaning of being a woman breastfeeding with puerperal complications. *Texto Contexto Enferm* 2017;27(1)e0880016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000880016>
22. Embregts P, Heerkens L, Frielink N, Giesbers S, Vromans L, Jahoda A. Experiences of mothers caring for a child with an intellectual disability during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *J Intellect Disabil Res* 2021;65(8):760-71. <https://doi.org/10.1111/jir.12859>
23. Tscherning C, Sizun J, Kuhn P. Promoting attachment between parents and neonates despite the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatr Int J Paediatr* 2020;109(10):1937–43. <https://doi.org/10.1111/apa.15455>



24. Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCM et al. Care recommendations for parturient and postpartum women and newborns during the COVID-19 pandemic: a scopingreview. *Revista Latino-Americana Enfermagem* 2020;28(e3359):1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4596.3359>
25. Diniz IA, Guimarães BR, Silva JBS. et al. Descontinuidade do seguimento ambulatorial de crianças de risco: perspectiva das mães. *Esc. Anna Nery* 2019;23(2):e20180248. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0248>
26. Sellera PEG, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Ciênc. saúde coletiva* 2020;25(4):1401-11. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>
27. Rao SPN, Minckas N, Medvedev MM, Gathara D, Prasantha YN, Estifanos AS, et al. Small and sick newborn care during the COVID-19 pandemic: Global survey and thematic analysis of healthcare providers' voices and experiences. *BMJ Glob Heal* 2021;6(3):e004347. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004347>
28. Costa DCAR, Bahia L, Carvalho EMCL, Cardoso AM, Souza PMS. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde debate* 2020;44(spe4):232–47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e415>
29. Geraldo SM, Farias SJM, Sousa FOS. The role of Primary Care in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil. *Research, Society and Development* 2021;10(8):e42010817359. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17359>
30. Sato APS. Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas. *Rev Saude Publica*. 2020;54(115)1-8. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.202005400314>
31. Procianoy GS, Rossini Junior F, Lied AF, Jung LFPP, Souza MCSC. Impact of the COVID-19 pandemic on the vaccination of children 12 months of age and under: an ecological study. *Cienc e Saude Coletiva* 2022;27(3):969–78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.20082021>
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília; 2016. 79 p. [Acesso 2 out 2022]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem\\_neonatal\\_biologica\\_manual\\_tecnico.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf)
33. Guadalupe MM, Giovanella L, Bousquat A, Magalhães MMH, Aquino R. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cad Saude Publica* 2020;36(8):e00149720. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00149720>
34. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* 2011;32(3):451–7. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000300003>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da covid-19 impactou a vida das mulheres e de seus filhos, à medida que, restringiu interações entre mulheres, profissionais e familiares, reestruturando modelos tradicionais de cuidados familiares e expondo fragilidades dos serviços de saúde.

A busca das mulheres que necessitavam de atendimento obstétrico, no período da pandemia, foi marcada por dificuldades ocasionadas ou potencializadas pelas novas adequações nas rotinas da rede de saúde, subsidiadas pelas recomendações emitidas pelo Ministério da Saúde e pelas instituições de pesquisa dedicadas ao enfrentamento da pandemia da covid-19 no Brasil. Ademais, alterou-se a dinâmica dos espaços hospitalares e do acesso à saúde, repercutindo negativamente sobre as experiências no momento do parto das mulheres participantes do estudo, durante a pandemia da covid-19.

A mulher, na sua condição de mãe, desenvolveu o cuidado do seu filho sob duas preocupações: preservar o desenvolvimento da criança e protegê-la da contaminação pelo novo coronavírus. O cenário pandêmico simbolizou a inserção dessa mulher em um contexto de segurança incerta quanto a contaminação, com sobrecarga de trabalho doméstico e desencorajamento para o uso da rede de apoio social. Como desdobramento, a mulher vivenciou o cuidado ao seu filho imerso em sentimentos de preocupação, medo e solidão.

Essas mudanças, no contexto da primeira onda, influenciaram a experiência das mulheres trazendo desafios e dificuldades no cuidado dos seus filhos. Essas dificuldades surgiram desde o momento do nascimento e se prolongaram no decurso da internação, até após o retorno ao domicílio. Na maternidade, essas mães experienciaram a ausência do acompanhante e do contato imediato com o RN e restrições na UTIN. Após a alta, houve barreiras no acesso aos diversos eixos dos serviços de saúde, restrição de visitas de parentes e amigos, sobrecarga com as atividades domésticas. Apesar disso, elas utilizaram estratégias de enfrentamento e se reorganizaram, principalmente com o uso de tecnologia digital.

Tendo em vista que a primeira onda da covid-19 foi considerada como o momento mais crítico da pandemia, conhecer os desafios e as estratégias de enfrentamento utilizadas por essas mulheres traz à luz questões que, muitas vezes, não são reconhecidas. Algumas lições aprendidas foram que as mães não precisavam se separar do seu filho ao nascimento, que a presença do acompanhante é indispensável, que a vacinação e os testes de triagem neonatal devem ser mantidos e que as unidades básicas de saúde precisam se adequar para manter as consultas de acompanhamento da criança.

As tecnologias de comunicação foram importantes estratégias de enfrentamento e ferramentas de humanização do cuidado, aproximando virtualmente pacientes e suas famílias. A informação em saúde surge como estratégia importante nesse período e passa a ser veiculada a partir do uso do celular. Houve mudanças no cuidado as crianças no domicílio, menos apoio social e familiar para as mães, e cuidados aumentados a fim de reduzir a transmissibilidade do vírus. Momento de tensão que influenciou inclusive no aleitamento materno, causando medo e dúvidas.

Essas lições podem servir para outras situações de crise sanitárias semelhantes, pois conhecendo as dificuldades enfrentadas, os gestores da saúde poderão investir em intervenções para prevenir tais falhas que ocorreram na pandemia de covid-19 e, assim, instrumentalizar os profissionais da enfermagem e demais profissionais da saúde a lidar com situações adversas semelhantes.

## REFÊRENCIAS

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health' Serv Res.**, v.9, n.3, p.208-20, 1974.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; GALLO-BELLUZZO, S. R.; VISINTIN, C. Maternity and Social Suffering during Covid-19 pandemic: Study of Mommy Blogs. In **SciELO Preprints**, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.356>. Acesso 09 jul 2022.
- ALFARAJ, S. H.; AL-TAWFIQ, J. A.; MEMISH, Z. A. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: Report of two cases & review of the literature. **Journal of Microbiology, Immunology, and Infection**, v.52, n.3, p.501-3, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jmii.2018.04.005>. Acesso 15 jun 2020.
- ALI, I. The COVID-19 pandemic: Making sense of rumor and fear. **Medical Anthropology**, v.39, n.5, p.1-9, 2020.
- ALMEIDA, M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. **Archives of Women's Mental Health**, v.23, n.1, p.741-748, 2020. ALMEIDA, M.; SHRES
- ATMURI, K.; SARKAR, M.; OBUDU, E. et al. Perspectives of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. **Women Birth**, v.35, n.3, p.280-288, 2022.
- AYRES, L. F. A.; CNOSSEN, R. E.; PASSOS, C. M. et al. Factors associated with early skin-to-skin contact in a maternity hospital. **Esc Anna Nery [Internet]**, v.25, n.2, p.e20200116, 2020.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.
- BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, v.8, n.8, p.27-40, 2003.
- BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia argumento**, v.29, n. 64, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19**. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE). 2020a. Versão 3. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/18/Diretrizes-Covid19.pdf>. Acesso: 02 mar 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 6/2020 COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. **Atenção à Saúde do Recém-nascido no Contexto da Infecção do novo coronavírus (SARS-COV-2)**. Brasília (DF). 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/97> Acesso: 10 ago 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**: trata das orientações a serem adotadas na atenção à

saúde das gestantes no contexto da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2). 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/gestantes-nota-tecnica-no-6-2020-cosmu-cgcivi-dapessaps-ms/> Acesso: 10 de jun de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. 2020b. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Cl--nico-para-o-Covid-19.pdf>. Acesso: 02 fev 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática. Sistema de informação sobre mortalidade**. SIM-DATASUS [publicado em 2009; citado em 7 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6939&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10>. [Google Scholar] Acesso: 14 mar 2021

BRESLIN, N.; BAPTISTE, C.; GYAMFI-BANNERMAN, C. et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. **Am J Obstet Gynecol MFM**, v.2, n.2, p.100118, 2020.

BRIZUELA, V.; TUNÇALP, Ö. Global initiatives in maternal and newborn health. **Obstet Med.**, v.10, n.1, p.221-52, 2017.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

BROOKS, M. COVID-19: Mental illness the “inevitable” next pandemic? **Medscape**. 2020. Disponível em: <https://www.medscape.com/viewarticle/928756>. Acesso: 10 jun 2022.

BROOKS, S. K. et al. O impacto psicológico da quarentena e como reduzi-lo: revisão rápida das evidências. **Lancet**, v.395, n.10227, p.912–920, 2020.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, v.395, n.10227, p.912-920, 2020.

CABRAL, E. R. M.; BONFADA, D.; MELO, M. C. et al. Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v.3, n.12, p. e202003012, 2020.

CARLOS, D. M.; WERNET, M.; OKIDO, A. C. et al. The dialogical experience of being a mother of a child and a nurse in the Covid-19 pandemic. **Texto contexto - enferm.**, v.29, n. e20200329, p.1-14, 2020.

CDCP. Centers for Disease Control and Prevention. **Evaluation and Management Considerations for Neonates at Risk for COVID-19**. Coronavirus Disease. 2019, 4p. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/88194>. Acesso: 27 mar 2021.

CHARON, J. M. **Symbolic Interactionism: an introduction, na interpretação, na integração**. 10th ed. Upper Saddle River (US): Prentice Hall; 2010.

CHAVES, A. F. L.; CUNHA, A. L. A.; SANTOS, B. K. O. et al. Cordel Para Apoiar Mães com Filhos Internados em Unidade Neonatal Durante a Pandemia de Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v.26, n.1, p.e76209, 2021.

CHEN, H.; GUO, J.; WANG, C. et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **Lancet**, v.395, n.10226, p.809-15, 2020.

CUSTODIO, Z. A. O. et al. **Método canguru**: como garantir e ampliar em tempos da COVID-19. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiwgt6XkIj5AhVprZUCHdRMCvIQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fpreprints.scielo.org%2Findex.php%2Fscielo%2Fpreprint%2Fdownload%2F773%2F1050%2F1091&usg=AOvVaw2oDwuRc5S47CSB46gSu0Un>. Acesso: 14 mar 2021

DEPARTAMENTO DO TRABALHO (2020). **Recursos do Coronavírus**, Disponível em: <https://www.dol.gov/>. Acesso: 12 nov 2020

DIAS J. R. C. S; VERONA, A. P. Maternidade e trabalho: algumas reflexões sobre mulheres em ocupações de nível superior. **Revista Brasileira de Sociologia-RBS**, v. 4, n. 7, p. 111-134, 2016.

DURANKUŞ, F.; AKSU, E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary Study. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v., n. p., 2020.

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospital Universitário da UFMA**: Histórico de competência e referência. 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/apresentacao>. Acesso em 10 jun 2020.

EMBREGTS, P.; HEERKENS, L.; FRIELINK, N. et al. Experiences of mothers caring for a child with an intellectual disability during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. **Journal of Intellectual Disability Research**, v.65, n.8, p.760-771, 2021.

ENGSTROM, E.; MELO, E.; GIOVANELLA, L. et al. 2020. **Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-Covid-19>. Acesso: 10 ago 2022.

ENNIS-MCMILLAN, M.; HEDGES, K. Pandemic Perspectives: Responding to COVID-19. **Open Anthropology**, v.8, n.1, p.1-10, 2020.

ESTRELA, F. M. et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis**, v.30, n.2, p.e300215, 2020

FAIRBROTHER, N.; YOUNG, A. H.; ZHANG, A. et al. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. **Arch Womens Ment Health**, v.20, n.2 p.311-319, 2017.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19.** COVID19. Elaborado pela CNE de Assistência ao Parto, Puerpério e Aborto da FEBRASGO. Relatores: TRAPANI JÚNIOR, A. et al. 2020. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso: 06 mar 2020.

FERRAZ, D. M.; TOMAZI, M. M.; SESSA, A. As mortes de Matheusa em uma notícia do Estadão: estudos interseccionais sobre preconceito, discriminação e violência física em relação à diversidade de gêneros. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 19, n. 4, p. 927-958, 2019.

FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Grávidas e puérperas brasileiras são as que mais morrem por coronavírus.** Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/gestantes-puerperas-morrem-por-coronavirus-no-brasil/#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20doen%C3%A7a%20foi,artigo%E2%80%9D%2C%20apontaram%20os%20autores>. Acesso: 02 mar 2021.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, A. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Research, Society and Development.**, v.10, n.8, p.e42010817359, 2021.

GOYAL, D. Perinatal practices & traditions among Asian Indian women. **MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing**, v.41, n.2, p.90–97, 2016.

GUZZO, K. B.; HAYFORD, S. R. Pathways to parenthood in social and family contexts: decade in review, 2020. **J. Marr. Fam.**, v.82, n.1, p.117–144, 2020.

HEH, S. S.; FU, Y.Y. Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. **J. Adv. Nurs.**, v.42, n.1, p.30-36, 2003.

HERRIC, C. Syndemics of COVID-19 and “pre-existing conditions”. **Somatosphere**. 2020.

HOFFMA, S.; HATCH, M.C. Stress, social support and pregnancy outcome: Reassessment based on recent research. *Paediatr. Perinat. Epidemiol*, v.10, n.1, p.380–405, 1996.

HOFFMANN, M. et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. **Cell**, v.181, n.2, p. 271-280, 2020.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**, v. 15, n.9, p.1277-1288, 2005.

INSTITUTO AQUA. **Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão.** Disponível em: [institutoacqua.org.br/unidade/maternidade-de-alta-complexidade-do-maranhao/](http://institutoacqua.org.br/unidade/maternidade-de-alta-complexidade-do-maranhao/). Acesso: 02 mar 2021.

JARDIM, T., VIANA, G. P., CRUZ, W. O., et al. Principais fatores relacionados à impossibilidade de amamentação em Puérperas assistidas no Isea. **Braz J Health Rev.**, v.2, n.6, p. 5024-5046, 2019.

JONES, B. C.; ISHAM, L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. **J Clin Nurs.**, v.29, n.13-14, p.2047-2049, 2020.

KHATRI, G. K. et al. Effect of the 2015 Nepal Earthquakes on symptoms of common mental disorders among women who are pregnant. **J. Affect. Disord.**, v.228, n.1, p.238–247, 2018.

KHOURY, J. E.; ATKINSON, L.; BENNETT, T. et al. COVID-19 and mental health during pregnancy: The importance of cognitive appraisal and social support. **J Affect Disord.**, v.1, n.282, p.1161-1169, 2021.

KNUDSEN, S. Intersectionality: a theoretical inspiration in the analysis of minority cultures and identities in textbooks. In: BRUILLARD, E. et al. (Ed.). *Caught in the web or lost in the textbook?* Caen: Iartem, 2006. p. 61-76.

KOC, A. E.; COLAK, S.; COLAK, G. V. et al. Investigating fear of childbirth in pregnant women and its relationship between anxiety sensitivity and somatosensory amplification. **J Obstet Gynaecol**, v.41, n.2, p.217-223, 2021.

KOYUCU, R. G.; KARACA, P. P. The Covid 19 outbreak: Maternal Mental Health and Associated Factors. **Midwifery**, v.99, n. 103013, p.1-12, 2021.

LAGUNA, T. F. S.; HERMANN, T.; SILVA, A. C. P. Educação remota: desafios de pais ensinantes na pandemia REVISÃO. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.21, n.Suppl 2, p. 393-401, 2021.

LETOURNEAU, N.; LEGER, L. D.; STEWART, M. et al. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. **Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.**, v.36, n.1, p.441-449, 2007.

LI, N.; HAN, L.; PENG, M. et al. Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study. **Clin Infect Dis.**, v.71, n.16, p.2035-2041, 2020.

LIANG, H.; ACHARYA, G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v.99, n.4, p.439-42, 2020. Disponível em: <https://doi:10.1111/aogs.13836>. Acesso 15 jun 2020.

LIAO, J. et al. Analysis of vaginal delivery outcomes among pregnant women in Wuhan, China during the COVID-19 pandemic. **Gynecology & obstetrics**, v., n. p., 2020. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13188>

LIMA, S. P.; SANTOS, E. K. A.; ERDMANN, A. L.; et al. Unveiling the lived experience meaning of being a woman breastfeeding with puerperal complications. **Texto Contexto Enferm.**, v.26, n.3, p.e0880016, 2017.



LIU, C. H.; HYUN, S.; MITTAL, L. et al. Psychological risks to mother–infant bonding during the COVID-19 pandemic. **Pediatric Research**, v.91, n.1, p.853–861, 2022.

LUZ, J. A. b.; RAVELLI, A. P. X; MACIEL, M. A. S. Educação em saúde para gestantes da zona rural: um relato de experiência. **Extensão em Foco**, v.1, n. 24, p.273-293, 2021.

MA, Z. F. et al. Increased stressful impact among general population in mainland China amid the COVID-19 pandemic: A nationwide cross-sectional study conducted after Wuhan city's travel ban was lifted. **International Journal of Social Psychiatry**, Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764020935489>. Acesso: 23 fev 2020.

MACHADO, I. C. S.; ROCHA, A. C.; NERY, A. S. et al. A covid-19 para além da doença: efeitos da pandemia no espaço intensivista neonatal à luz da teoria ambientalista de Nightingale. **Saude soc.**, v.31, n.1, p. e201010, 2022.

MARCHIORI, G. R. S. et al. Ações da enfermagem nos bancos de leite humano em tempos de COVID-19. **Rev. Bras. Enferm.**, v.73, n.supl.2, p.e20200381, 2020.

MASCARENHAS, V. H. A.; CAROCI-BECKER, A.; VENÂNCIO, K. C. M. et al. Care recommendations for parturient and postpartum women and newborns during the COVID-19 pandemic: a scopingreview. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.28, n.e3359, p.1-12, 2020.

MASCIO, D. D.; KHALIL, A.; SACCONI, G. et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol MFM**, v.2, n.2, p.100107, 2020.

MATSUSHIMA, M.; HORIGUCHI, H. The COVID-19 pandemic and mental well-being of pregnant women in Japan: need for economic and social policy interventions *Disaster Med. Public Health Prep.*, v.16, n.2, p.449-454, 2022.

MEDEIROS, J. B. P.; NEVES, E. T.; PITOMBEIRA, M. G. V. et al. Continuity of care for children with special healthcare needs during the COVID-19 pandemic. **Rev. Bras. Enferm.**, v.75, n.2, p.e20210150, 2022.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad Saude Publica**, v.36, n.8, p.e00149720, 2020.

MICELLI, E. et al. Desejo de paternidade na época da pandemia de COVID-19: uma visão da situação italiana. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v.41, n.3, p.183 - 190, 2020.

MILGROM, J. et al. Gemmill Social Support-A Protective Factor for Depressed Perinatal Women? **Int. J. Environ. Res. Public Health**.v.8, n.1, p.1-6, 2019.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

- MOHAMIED, F. Postpartum psychosis and management: a case study. **Br. J. Midwifery**, v.27, n.2, p.77-84, 2019.
- MORAIS, A. C.; MIRANDA, J. O. F. Repercussões da pandemia na saúde das crianças brasileiras para além da Covid-19. **Physis**, v.31, n.1, p. e310102, 2021.
- MORENS, D. M. DASZAK, P.; MARKEL, H. et al. Pandemic COVID-19 Joins History's Pandemic Legion. **MBio**, v.11, n.3, p. e00812-20, 2020.
- MORSCH, D. S.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; LAMY, Z. C. Cuidados psicoafetivos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal diante da pandemia de Covid-19. **Revista Paulista de Pediatria**, v.38, n.1, p.e2020119, 2020.
- MOTRICO, E.; BENA, R.; SALAS, S. D. et al. Impact of the Covid-19 pandemic on perinatal mental health (Riseup-PPD-COVID-19): protocol for na international prospective cohort study. **BMC Public Health**, v.21, n.1, p.1-11, 2021.
- MUNSHI, L.; EVANS, R. F. The case for relaxing no-visitor policies in hospitals during the ongoing COVID-19 pandemic. **CMAJ**, v.193, n.4, p.E135-E137, 2021.
- MUSHTAQ, A.; KAZI, F. The case for early child development programmes. **Lancet Child Adolesc Health**, v.3, n.12, p.851, 2019.
- NASOM, C. Hazardous Postoperative Outcomes of Unexpected COVID-19 Infected Patients: A Call for Global Consideration of Sampling all Asymptomatic Patients Before Surgical Treatment. **World J Surg.**, v.44, n.1, p.2477 – 2481, 2020.
- NIKITA, K.; COLLEEN, K.; ARVIN, G. Child Care During the COVID-19 Pandemic: A Bad Situation Made Worse. **American Academy of Pediatrics**, v.14, n.3, p. e2020041525, 2020.
- PARK V. M. T.; GOYAL, D.; NGUYEN, T. et al. Postpartum traditions, mental health, and help-seeking considerations among Vietnamese American women: A mixed-methods pilot study. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, v.44, n.3, p.428–441, 2017.
- PAULINO, D. B.; MARTINS, C. C.; RAIMONDI, G. A. et al. WhatsApp® como Recurso para a Educação em Saúde: Contextualizando Teoria e Prática em um Novo Cenário de Ensino-Aprendizagem. **Rev Bras Educ Med.**, v.42, n.1, p.169-78, 2018.
- PAZ, M. M. S.; ALMEIDA, M. O.; CABRAL, N. O. et al. Barriers imposed in the relationship between puerperal women and newborns in the COVID-19 pandemic scenario. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.21, n.Supl. 1, p. S233-S236, 2021.
- PELLOWSKI, J. A.; BENGTON, A. M.; BARNETT, W. et al. Perinatal depression among mothers in a South African birth cohort study: trajectories from pregnancy to 18 months postpartum. **J. Affect. Disord.**, v.259, n.1, p.279–287, 2019.
- PERZOW, S. E. D. et al. Mental health of pregnant and postpartum women in response to the COVID-19 pandemic. **Journal of Affective Disorders Reports**, v.4, n.1, p. 100123, 2021.

RANZCOG. **Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians & Gynecologists. COVID-19: Recursos Clínicos para Profissionais de Saúde.** 2020. Disponível em:

RAO, S.; MINCKAS, N.; MEDVEDEV, M. M. et al. Small and sick newborn care during the COVID-19 pandemic: global survey and thematic analyses of healthcare providers' voices and experiences. **BMJ Glob Health**, v. 6, n.3, p. e004347, 2021.

RASMUSSEN, S. A.; JAMIESON, D. J. Caring for Women Who Are Planning a Pregnancy, Pregnant, or Postpartum During the COVID-19 Pandemic. **JAMA**, v.324, n.2, p.190-191, 2020.

RECIFE - Prefeitura da Cidade de Recife - PB. **Manual de teleassistência atende em casa: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento.** 2020. p.103-103. Disponível em:<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122785/manual-atende-em-casa.pdf>. Acesso: 15 de dez de 2021.

REICHERT, A. P. S.; GUEDES, A. T. A.; SOARES, A. R. et al. Pandemia da Covid-19: vivências de mães de lactentes que nasceram prematuros. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.42, n.esp., p.e20200364, 2021.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next?. **Lancet**, v. 395, n.1231, p.1225-1228, 2020.

ROBERTS, J. K.; PAVLAKIS, A. E.; RICHARDS, M. P. It's More Complicated Than It Seems: Virtual Qualitative Research in the COVID-19. **International Journal of Qualitative Methods**, v.20, n.1, p., 2020.

ROBERTSON, E.; GRACE, S.; WALLINGTON, T. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **Gen. Hosp. Psychiatry**, v.26, n.1, p.289-295, 2004.

ROUWER, E.; RAIMONDI, D.; MOREAU, Y. Modelagem dos surtos COVID-19 e a eficácia das medidas de contenção adotadas nos países. **medRxiv**, p.1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20046375>. Acesso: 02 mar 2021.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.21, n.2, p.265-273, 2003.

SANTOS, B. S. '**A Cruel Pedagogia do Vírus**': ensinamentos da pandemia. 2020

SANTOS, D. S. et al. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Clinical Infectious Diseases**, v.ciaa1066, n.1, p.1-2, 2020.

SBIM. Sociedade Brasileira de Imunologia. **Informe Técnico - 09/04/2020.** 2020. Vacinação de rotina durante a pandemia de COVID-19. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nota-tecnica-sbim-vacinacao-rotina-pandemia.pdf>. Acesso: 10 ago 2022.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Nota de Alerta. Aleitamento Materno em tempos de Covid19** – recomendações na maternidade e após a alta [Internet]. 2020. Disponível: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22467f-NA\\_-\\_AleitMat\\_tempos Covid-19-\\_na\\_matern\\_e\\_apos\\_alta.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22467f-NA_-_AleitMat_tempos Covid-19-_na_matern_e_apos_alta.pdf). Acesso: 27 mar 2021.

SCHMIDT, B., et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID10.26823/ 19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, maio, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso: 7 ago. 2021.

SCHWARTZ, D. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants and maternal-fetal transmission of SARS-Cov-2: Maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. **Arch Pathol Lab Med.**, v.144 n.7, p.799-805, 2020.

SEMAAN, A.; AUDET, C.; HUYSMANS, E. et al. **Voices from the frontline:** Findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19. medRxiv. The preprint server for health sciences. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.05.08.20093393>. Acesso: 27 mar 2021.

SIKAR, K. M. Shahla Meedyia Claudia Ravaldi Perinatal mental health during the COVID-19 pandemic. **Women Birth.**, v.33, n.4, p.309 -310, 2020

SILVA, R. A.; PACHECO, B. F. P.; GUIMARÃES, I. K. S. Gravidez em tempos de COVID-19: como a mudança dos protocolos de biossegurança afetam a mulher no momento do parto e no puerpério: revisão de literatura. **BJHR**, v.4, n.1, p.:1356-1367, 2021.

SLOMIAN, J.; HONVO, G.; EMONTS, P. et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. **Womens Health (Lond)**, v.15, n.1, p.1-55, 2019.

SOUTO, S. A.; ALBUQUERQUE, R. S.; PRATA, A. P. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. **Rev Bras Enferm.**, v.73, n.Suppl 2, p.e20200551, 2020.

SOUZA, R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade. **Texto Contexto Enfer.**, v.24, n.1, p.e4080014, 2016.

SPARTZ, D. L. Using the Coronavirus pandemic as an opportunity to address the use of human milk and breastfeeding as lifesaving medical interventions. **JOGNN**, v.49, n.3, p.225-226, 2020.

TAKEMOTO, M. L. S. Maternal mortality and COVID-19 Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. **Show all The Journal of**. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1786056> Acesso: 14 mar 2021

TANI, F.; CASTAGNA, V. Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.**, v.30, n.6, 689-92, 2017.

TERRA, N. O.; GÓES, F. G.; SOUZA, N. A. et al. Intervening factors in adherence to breastfeeding within the first hour of life: integrative review. **Rev Eletr Enferm.**, v.22, n.62254p.1-11, 2022.

THADDEUS, S.; MAINE, D. TO far to walk: maternal mortality in context. **Soc Sci Med.** v38, p.1091–1110, 1994.

THA, A.; STOJANAC, D. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. **Arch Womens Ment Health**, v.23, n.1, p.,741–748, 2020

TOASSA, G., SOUZA, M. P. R.. As vivências: Questões de tradução, sentidos e fontes epistemológicas no legado de Vigotski. **Psicologia USP**, v.21, n.4, p.757-79, 2010.

TRAPANI JÚNIOR, A.; VANHONI, L. S.; SILVEIRA, S. K. et al. Childbirth, Puerperium and Abortion Care Protocol during the COVID-19 Pandemic. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.42, n.6, p.349-55, 2020.

TROUTMAN, B; MORAN, T. E.; ARNDT, S. et al. Development of parenting self-efficacy in mothers of infants with high negative emotionality. **Infant Ment. Health J.**, v.33, n.1, p.45-54, 2012.

TSCHERNING, C.; SIZUN, J.; KUHN, P. Promoting attachment between parents and neonates despite the COVID-19 pandemic. **International Journal of Paediatrics**, v.109, n.10, p.1937–1943, 2020.

TSUNO, K.; OKAWA, S.; MATSUSHIMA, M. et al. The effect of social restrictions, loss of social support, and loss of maternal autonomy on postpartum depression in 1 to 12-months postpartum women during the COVID-19 pandemic. **Journal of Affective Disorders**, v.307, n.1, p.206-214, 2022.

VIEIRA, L. G.; CAMARGO, E. L. J. S. SCHNEIDER, G. et al. **Repercussions of the COVID-19 pandemic on the mental health of pregnant and puerperal women: a systematic review.** medRxiv. The preprint server for health sciences. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.08.17.20176560>. Acesso: 27 mar 2021.

VILLAR, J.; ARIFF, S.; GUNIER, R. B. et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection. **JAMA Pediatr.**, v.175, n.8, p.1–10, 2021.

WASTNEDGE, E. A. N., REYNOLDSS, R. M.; BOECKEL, S. R. V. et al. Pregnancy and covid-19. **Physiological reviews**, v. 101, n.1, p.303-318, 2021.

WHITAKER, K. M.; HUNG, P.; ALBERG, A. J. et al. Variations in health behaviors among pregnant women during the COVID-19 pandemic. **Midwifery**, v.95, n.1, p. 102929, 2021.

WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. 2020. Acesso 22 fev 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200531-covid-19-sitrep-132.pdf>

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. [Internet] Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso: 17 mar 2022.

WILLS, T. A.; AINETTE, M. C. **Social networks and social support.** BAUM, T. A. REVENSON, J. Singer (Eds.), Handbook of Health Psychology, Psychology Press, p.465-492, 2012.

WILSON, A. N et al. Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. **Women Birth**, v. 1109, n.0, p.1-4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011>. Acesso 06 jun 2020.

ZAIGHAM, M.; ANDERSSON, O. Maternal and Perinatal Outcomes with Covid-19: a systematic review of 108 pregnancies. **Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica**, v.99, p.7, p.823-829, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>. Acesso 15 jun 2020.

ZHANG, W.; DU, R. H.; LI, B. et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. **Micróbios Emergentes Infectam.**, v.9, n.1, p.386-389, 2020.

ZHANG, Y.; ZHENG, F. Psychological responses and lifestyle changes among pregnant women with respect to the early stages of COVID-19 pandemic. **International Journal of Social Psychiatry**, Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764020952116>. Acesso: 10 mar 2021.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Questionário Estruturado - Perfil sociodemográfico



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

<b>Nome da entrevistada:</b>		<b>Qual a sua idade? (anos)</b>	
<b>Endereço:</b>		<b>CÓD:</b>	
<b>A sra. mora em zona? (1) urbana (2) rural</b>		<b>Telefones:</b>	
<b>Mês em que ficou grávida:</b>			
<b>Mês em o bebê nasceu:</b>			
<b>Seu filho nasceu vivo? (1) sim (2) não</b>			
<b>Você apresentou Sintomas gripais? (1) sim (2) não</b>			
<b>Teve suspeita de COVID-19? (1) sim (2) não</b>			
<b>Teve diagnóstico confirmado de COVID-19? (1) sim (2) não</b>		<b>Se sim:</b>	
<b>Quando? (1) Gravidez (2) Parto (3) Pós-parto</b>			
<b>Foi hospitalizada por COVID-19 na gravidez? (1) sim (2) não</b>		<b>Se sim:</b>	
<b>Por quanto tempo?</b>		<b>Aonde?</b>	
<b>Foi hospitalizada por COVID-19 no parto? (1) sim (2) não</b>		<b>Por quanto tempo?</b>	<b>Aonde?</b>
<b>Foi hospitalizada por COVID-19 no pós-parto? (1) sim (2) não</b>		<b>Por quanto tempo?</b>	<b>Aonde?</b>
<b>Quantos anos de estudo a sra. tem? _____</b> <b>Até que série a sra. estudou?</b> (1) Analfabeta (2) Ensino fundamental ou 1º grau incompleto (3) Ensino fundamental ou 1º grau completo (4) Ensino médio ou 2º grau incompleto (5) Ensino médio ou 2º grau completo (6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo (8) Não sabe		<b>Qual sua religião?</b> (0) Nenhuma (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita/Kardecista (4) Outra: _____ (9) Não sabe	
<b>Qual sua situação conjugal?</b> (1) Casada (2) Solteira (3) União consensual (4) Separada/desquitada/divorciada (5) Viúva (6) Outra: _____		<b>Qual a cor da sua pele?</b> (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (9) Não Sabe	
<b>Qual a sua situação profissional?</b> (1) Empregada (2) Desempregada (3) Autônoma		<b>Se empregada ou autônoma, qual sua ocupação atual:</b> _____	



<b>Qual a renda total da família no último mês?</b> (somar os valores de todos que possuem renda na família) (1) Até um salário mínimo (2) De 1 a 3 salários mínimos (3) Mais de 3 salários mínimos	<b>Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?</b> (considerar chefe da família aquele de maior renda) (1) Entrevistada      (2) Companheiro (3) Outro _____
<b>Você já recebia benefício do governo? Se sim, quais?</b> _____	<b>Você recebeu benefícios do governo no período da pandemia?</b>
<b>Atualmente a sra. mora?</b> (1) Sozinha      (2) Com os filhos (3) Com o marido/companheiro (4) Com o marido/companheiro e filhos (6) Vive com os pais (7) Vive com amigas/colegas (8) Outra _____ <b>Total de pessoas na casa:</b> _____	<b>Quantos filhos vivos a sra. tem?</b> _____  <b>Quantos filhos de parto cesariana?</b> _____  <b>Quantos filhos de parto vaginal?</b> _____
<b>Quantas vezes a sra. ficou grávida?</b> _____  <b>Quantos abortos a sra. teve?</b> _____  <b>Quantos filhos mortos?</b> _____	
<b>A casa da sra. é?</b> (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Outra _____	<b>Qual o tipo da sua casa?</b> (1) Tijolo (2) Taipa (3) Mista - tijolo e taipa (4) Madeira (5) Palha (6) Outra _____
<b>A sra. fez pré-natal?</b> (1) sim (2) não (3) não se aplica  <b>A sra. iniciou o pré-natal com quantos meses de gravidez?</b> _____  <b>Quantas consultas realizou?</b> _____	<b>Onde a sra. fez acompanhamento pré-natal?</b> (1) MACMA (2) UMI (3) UBS (4) Outro: _____ <b>Nome da UBS:</b>
<b>Buscou atendimento em serviço de saúde privado no pré-natal?</b> (1) sim (2) não	
<b>Durante o pré-natal, a sra. fez quantas consultas?</b> Com Médico _____ Com Enfermeiro? _____ Com Agente de Saúde _____ Com outro profissional _____	<b>Durante o pré-natal, a sra. recebeu quantas visitas domiciliares?</b> Do Médico _____ Do Enfermeiro? _____ Do Agente de Saúde _____ De outro profissional _____
<b>A sra. tem algum plano de saúde?</b> (1) sim (2) não	
<b>Local do parto:</b> _____	
<b>Quem a acompanhou no parto?</b> (1) Mãe (2) Companheiro (3) Não teve acompanhante (4) Outro _____	
<b>Qual a via de parto?</b> (1) Parto vaginal (2) Parto Cesáreo (3) Não se aplica	
<b>Gestação foi gemelar</b> (1) sim (2) não	
<b>O bebê teve suspeita para COVID-19?</b> (1) sim (2) não (3) não se aplica	

<b>O bebê realizou o exame para COVID-19?</b> (1) sim (2) não (3) não se aplica	
<b>O bebê ficou internado por COVID-19?</b> (1) sim (2) não (3) não se aplica	
<b>Durante o puerpério, a sra. fez quantas consultas?</b> Com o médico _____ Com enfermeiro? _____ Outro profissional _____	<b>Durante o puerpério, a sra. recebeu quantas visitas domiciliares?</b> Do Médico _____ Do Enfermeiro? _____ Do Agente de Saúde _____ De outro profissional _____

## APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

### **Orientações sobre o roteiro:**

O roteiro são os itens numerados em negrito. O detalhamento representa um exercício de melhor preparar o entrevistador, inclusive com algumas sugestões de perguntas. O entrevistador não deve ficar preso a elas. Deve estar atento à melhor forma de elaborar as perguntas para cada mulher e estar atento à exploração das respostas.

Atenção ao texto entre os sinais de maior e menor <xxx>. Considerar apenas o que for pertinente para cada entrevistada.

### **Para começar a conversa:**

Hoje nós vamos conversar sobre a sua situação durante a pandemia da Covid-19, especialmente em relação à sua <gravidez, parto, período depois do parto e sobre seu bebê>. Você <estava grávida e teve um bebê (ou perdeu um bebê)> durante a pandemia da Covid-19. Eu gostaria de conversar com você sobre o que viveu e como se sentiu durante esse período. Você pode falar sobre o que você quiser que isso é importante para nós.

### **1. Conhecimento sobre a nova doença – Covid-19**

Como você tomou conhecimento dessa nova doença – a Covid-19?

(Lembrar: internet? televisão? família? amigos? redes sociais? jornal? revista?)

### **2. Sentimentos provocados pelas informações veiculadas na mídia**

Fale sobre o que você pensava e sentia ao ouvir notícias sobre a COVID-19.

(Lembrar: medo de sair de casa, medo de ficar doente, medo de perder parentes e amigos...)

### **3. Influências desta pandemia na sua vida**

Como a pandemia influenciou a sua vida e seu dia a dia? Fale sobre as mudanças que aconteceram nesse período.

Fale sobre as dificuldades encontradas e como procurou lidar com elas quando tomou conhecimento dessa nova doença.

### **4. Situação relativas à saúde e doença durante a pandemia**

Como esteve a sua saúde geral durante a pandemia?

(Lembrar: mudanças em relação à saúde física e saúde mental)

*\*Para as mulheres que relatarem suspeita de Covid-19\*:*

Fale sobre como foi a experiência de estar com suspeita da COVID-19 ou receber o diagnóstico.

(Lembrar: reações e sentimentos)

Como você foi seu atendimento nesse período?  
Fale sobre suas necessidades e como foram atendidas.  
(Lembra: Com quem você estava quando soube? O que fez em seguida?)

Fale sobre as dificuldades encontradas e como procurou lidar com elas após a suspeita ou o diagnóstico.

### **5. Atendimento ao pré-natal durante a pandemia**

Fale sobre o que você fez para realizar o seu pré-natal e cuidar de sua saúde durante a pandemia.

(Lembrar: conseguiu agendamento/marcação/realização de todas as consultas necessárias, exames, vacinas, tratamentos, medicamentos, incluindo hospitalização, se necessário).

Fale sobre possíveis mudanças no local de atendimento e na equipe que fez seu atendimento.

(Lembrar: Teleatendimento? Buscou serviço privado? Locais públicos procurados)

Como você foi atendida nesse período? Você pensa que esse(s) atendimento(s) responderam às suas necessidades?

Fale sobre as dificuldades encontradas durante a realização do pré-natal e de como buscou lidar com elas.

(Lembrar: medo de sair de casa, ir à UBS, pegar ônibus, falta de apoio para os cuidados com outros filhos, falta de companhia para ir ao atendimento).

### **6. Atendimento ao parto durante a pandemia**

Fale sobre como você soube onde seria seu parto e/ou como você decidiu.

(Lembrar: Você foi referenciada? Você já conhecia a maternidade? Foi atendida nela durante essa gestação, p.ex. em situações de urgência?)

Fale sobre o que aconteceu desde que precisou ir para a maternidade para o parto.

(Lembrar: Dificuldades de transporte, de acompanhante, vaga, procurou mais de um serviço?)

Fale sobre seu parto.

(Tipo de parto, deambulação/restrrição ao leito, medidas não farmacológicas para alívio da dor, houve alguma mudança em relação ao que você já conhecia? Foi diferente do que esperava?)

Fale sobre o direito ao acompanhante e visitas durante toda a internação para o parto.

(Lembrar: Se no momento do parto estava com suspeita ou diagnóstico da Covid-19, explorar as questões ligadas ao isolamento).

### **7. Atendimento ao bebê**

Fale sobre o que aconteceu com o seu bebê quando ele nasceu.

(Lembrar: O bebê ficou junto ou levaram logo para outra sala? Fez contato pele a pele? Colocaram para mamar na sala de parto?)

Depois do nascimento, o que aconteceu com o seu bebê?  
(Lembrar: Teve suspeita ou diagnóstico da COVID-19? Foi para o Alojamento Conjunto?)

*\*Para as mulheres que tiveram o filho internado em UTIN\*:*

Fale sobre a internação do seu filho

(Lembrar: Teve direito a livre acesso e permanência na UTIN, como recebia notícias e informações sobre ele, primeiro encontro com o bebê na UTIN, colocou em posição canguru, ele foi transferido para a UCINCa?)

*\*Para as mulheres que não puderam ficar com o seu bebê\*:*

Fale sobre como foi ficar longe de seu filho.

Fale sobre a alta do seu bebê

(Lembrar: como foi orientada sobre os cuidados de isolamento e transporte)

Fale como foi cuidar de um filho em tempos de pandemia.

Lembrar: com quem pode contar da família, dificuldades com vacinas, atendimento...)

Fale sobre outras dificuldades encontradas e como lidou com elas em relação à experiência vivida nesse período com seu bebê?

## **8. Atendimento ao puerpério**

Fale sobre o momento depois do parto.

(Lembrar: para onde foi encaminhada, como se sentiu, que ajuda recebeu)

Além dessas questões que você já falou, gostaria de acrescentar alguma coisa sobre sua internação?

## **9. Organização familiar e redes de apoio durante o isolamento social**

Fale sobre como as medidas de isolamento/restricção de circulação afetaram sua vida em relação a ter com quem contar.

(Lembrar: durante consultas, internação, cuidados com o bebê, cuidados com outros filhos).

Fale sobre as pessoas que estavam perto de você

(Lembrar: companheiro, família, amigos, escola, igreja, equipe de saúde).

*\*Para mulheres que já tiveram outros filhos\*:*

Fale sobre mudanças em relação à ajuda recebida durante essa gestação e a anterior.

## **10. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?**

### APÊNDICE C - Roteiro para abordagem por telefone

1. Apresentação do pesquisador;
2. Apresentação do objetivo geral da pesquisa;
3. Informação relativa à aprovação do comitê de ética e de que dada a relevância dos problemas relacionados à pandemia tivemos acesso à relação dos nomes e telefones das mulheres internadas para solicitação de autorização;
4. Contextualização da importância da experiência delas para a melhoria do atendimento;
5. Esclarecimento de que são livres para decidir e que agradecemos a atenção em qualquer situação;
6. Acordos relativos à melhor forma, data e horário, para elas, em caso de aceite;
7. Agradecimentos finais e solicitação de outros possíveis telefones de contato.

## APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos a senhora a participar da pesquisa intitulada “VIVÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19”.

O presente estudo visa “Analisar vivências de mulheres em relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de Covid-19”. Desse modo, a sua participação nesta pesquisa envolve riscos de incomodo, desconforto, fadiga que perpassa a experiência íntima de cada participante, apesar disso os benefícios do estudo superam esses incômodos previstos e os pesquisadores se comprometem em manter conduta de discrição, discernimento e ética.

Os benefícios ao participar da presente pesquisa serão a longo prazo e trarão impactos significantes no futuro, já que compreender as suas vivências na gestação, parto e puerpério durante a pandemia de Covid-19 poderá contribuir para oferecer uma assistência mais direcionada e qualificada.

A sua participação poderá ser a partir da utilização dos dados coletados em seu prontuário e/ou do seu filho recém-nascido atendidos, no ano de 2020, em uma das duas Maternidades Públicas de referência incluídas neste estudo (Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão e Unidade Materno Infantil do HUUFMA localizadas no município de São Luís – MA), ou em entrevistas que, poderão ser realizadas por telefone ou presenciais.

Durante todo o período da pesquisa a Sra tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com os pesquisadores através do contato com Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (98)3272-9676 no período da manhã (08-12h) ou da tarde (14-18h). Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA, Rua Barão de Itapary nº227, 4º andar – Centro. São Luís – Maranhão, CEP 6502070 / Telefone: 2109-1250 / 1092.

Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O(a) Sr.(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou

de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes da pesquisa, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Assegura-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e garantimos que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando referidos ou observados.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Se a Sra entendeu essas informações e concorda em participar deste estudo, por favor, manifeste-se rubricando todas as suas páginas e assinando seu nome abaixo, assim como o pesquisador responsável ou membro da equipe. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável ou membro da equipe e outra com o(a) Sr.(a)

Agradecemos muito a sua colaboração.

\_\_\_\_\_ / /

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da pesquisa



## APÊNDICE E – Caracterização sociodemográficas e clínica das mulheres entrevistadas

**Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres entrevistadas. São Luís, MA, Brasil, 2020-2021.**

Entrevistada	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Religião	Cor da pele	Situação profissional	Renda familiar SM*	Benefícios antes da COVID-19	Benefícios na pandemia
Rosa	28	Superior Completo	União consensual	Evangélica	Preta	Empregada	1-3	Não	Não
Violeta	38	Médio completo	União consensual	Católica	Preta	Empregada	1-3	Não	Não
Iris	32	Superior completo	Solteira	Católica	Preta	Empregada	>3	Auxílio maternidade	Auxílio maternidade
Érika	21	Médio Completo	União Consensual	Evangélica	Branca	Desempregada	≤ 1	Não	Auxílio emergencial
Hortência	40	Superior incompleto	Solteira	Evangélica	Parda	Autônoma	≤ 1	Não	Auxílio emergencial
Jasmim	29	Médio completo	União consensual	Católica	Preta	Autônoma	1-3	Não	Auxílio emergencial
Margarida	17	Fundamental incompleto	Solteira	Nenhuma	Parda	Desempregada	≤ 1	Não	Não
Lis	33	Médio completo	Solteira	Católica	Parda	Desempregada	≤ 1	Bolsa família	Auxílio emergencial
Tália	24	Médio completo	União consensual	Evangélica	Parda	Desempregada	1-3	Não	Auxílio emergencial
Gardênia	40	Médio incompleto	Solteira	Evangélica	Parda	Desempregada	≤ 1	Bolsa família	Auxílio emergencial
Magnólia	24	Médio completo	União consensual	Católica	Branca	Desempregada	≤ 1	Bolsa família	Auxílio emergencial

Camélia	28	Médio completo	União consensual	Católica	Branca	Autônoma	> 3	Não	Não
Dália	38	Médio completo	Solteira	Evangélica	Preta	Desempregada	≤ 1	Bolsa família	Auxílio emergencial
Melissa	17	Médio incompleto	União consensual	Não sabe	Parda	Estudante	1-3	Não	Não
Amarílis	29	Superior completo	União consensual	Nenhuma	Parda	Autônoma	1-3	Não	Auxílio emergencial Auxílio maternidade
Açucena	34	Médio completo	Casada	Evangélica	Branca	Autônoma	≤ 1	Bolsa família	Auxílio emergencial
Azaleia	30	Ensino Superior	Solteira	Católica	Preta	Empregada	1-3 SM	Não	Não
Lótus	36	Médio Completo	Casada	Evangélica	Parda	Empregada	≤ 1	Bolsa Família	Auxílio Emergencial
Petúnia	40	Superior Completo	União Consensual	Evangélica	Branca	Empregada	>3	Não	Não

\*SM - Salário Mínimo

**Tabela 2. Características clínicas de mulheres e recém-nascidos. São Luís, MA, Brasil, 2020-2021.**

Nome	Paridade	Nº de consultas de PN*	Visita domiciliar	Doenças referidas na gravidez/parto	Internação COVID-19 IG**
Rosa	G1 P1 A0	6	Não	Leucemia mieloide após COVID-19, em quimioterapia	27s3d
Violeta	G4 P3 A1	10	Não	Hipertensão arterial/Obesidade	33s
Iris	G1 P1 A0	4	Não	Síndrome hipertensiva	36s4d
Érika	G1 P1 A0	5	Não	Nenhuma	

Hortênsia	G1 P1 A0	7	Não	Amigdalectomia/Obesidade	20s
Jasmim	G3 P2 A1	6	Não	Nenhuma	36s5d
Margarida	G2 P2 A0	4	Não	Infecção de ferida operatória	38s6d
Lis	G2 P2 A0	9	Sim	Diabetes Mellitus tipo II/ Hepatite idiopática/	31s5d
Tália	G1 P1 A0	4	Não	Osteossarcoma em fêmur	35s2d
Gardênia	G16 P11 A5	6	Não	Nenhuma	31s
Magnólia	G3 P3 A0	4	Não	Nenhuma	34s
Camélia	G1 P1 A0	8	Não	Nenhuma	24s
Dália	G10 P4A6	9	Não	Diabetes Mellitus tipo II/ Obesidade	28s3d
Melissa	G1 P1 A0	7	Sim	Anemia falciforme	38s
Amarílis	G1 P1 A0	7	Não	Nenhuma	36s2d
Açucena	G4 P4 A0	8	Não	Nenhuma	23s1d
Azaléia	G1 P1 A0	6	Não	Nenhuma	30s
Lótus	G3 P2 A1	4	Não	Hipertensão	35s
Petunia	G3 P3 A0	9	Não	Nenhuma	

G: Gestação. P: Parto. A: Aborto. \*PN: Pré-Natal. \*\*IG: idade gestacional. \*\*\*CPP: contato pele a pele. \*\*\*\*AM: amamentação

**ANEXOS**

## ANEXO A: Ferramenta de apoio para pesquisa qualitativa virtual

Pesquisa Qualitativa como Empresa Virtual: Considerações para Desenho e Execução de Pesquisa  
Esta ferramenta destina-se a pesquisadores para estimular conversas e apoiar a tomada de decisões em torno da pesquisa qualitativa virtual. Ele complementa e estende “É mais complicado do que parece: pesquisa qualitativa virtual na era do COVID-19”.

### Garantir o Rigor Metodológico

#### Adequação do formato virtual

- A segurança dos participantes, comunidades e/ou pesquisadores é uma preocupação? Os cronogramas, prazos, financiamento ou responsabilidades pessoais exigem uma transição?
- Um formato virtual requer alguma mudança no propósito do meu estudo e/ou questões de pesquisa?
- O que pode ser perdido por um formato virtual (por exemplo, compreensão mais rica do contexto; relacionamento com os participantes; acesso a populações marginalizadas)?
- Como a perda pode ser mitigada? (por exemplo, coleta de dados virtuais, como mensagens de mídia social ou reuniões gravadas em vez de observação e outras abordagens de coleta de dados pessoais)
- O que pode ser ganho por um formato virtual (por exemplo, realocação de fundos de viagem; cumprimento de horários/prazos; acesso a populações marginalizadas)?

#### Considerações tecnológicas

- Qual tecnologia é apropriada para o meu estudo (ou seja, plataformas de videoconferência, software de pesquisa, ferramentas de gravação, outros)? Apresenta custos adicionais?
- Preciso de assistência com tecnologia antes ou durante a coleta de dados?
- Considere fazer um documento de procedimento para delinear as funções e responsabilidades de cada pesquisador.
- Que barreiras os participantes podem enfrentar ao usar minha escolha de tecnologias (por exemplo, alfabetização digital; necessidades especiais ou (in)habilidades; falta de contas/e-mail, dispositivos, conectividade ou espaço privado)?
- Considere doar cartões telefônicos ou dispositivos; oferecendo vários modos de comunicação, como FaceTime para usuários da Apple ou videochamada para usuários do Android; empregar dispositivos eletrônicos de assistência ou software; e utilizando recursos integrados da tecnologia escolhida, como permitir que os participantes usem planos de fundo virtuais.
- Como vou gravar entrevistas (áudio, vídeo, ambos)? Devo usar um backup?

#### Recrutamento de participantes

- Como posso recrutar participantes com diferentes níveis de proficiência tecnológica?
- ◦ Considere vários mecanismos de recrutamento, incluindo e-mail, telefone e, se for seguro, materiais físicos de recrutamento, como panfletos; fornecer informações em materiais de recrutamento sobre a tecnologia que os participantes serão solicitados a usar; se possível, forneça opções de participação de baixa tecnologia, como conduzir uma entrevista por telefone.
- Como posso promover relacionamento com indivíduos e instituições virtualmente, para recrutar locais de estudo, construir relacionamentos com indivíduos ou ajudar no acesso a outros participantes?
- ◦ Considere a realização de eventos como cafés virtuais para recrutamento e construção de relacionamentos.

### **Posicionalidade do pesquisador**

- Como posso desenvolver uma compreensão rica do contexto do meu estudo sem estar fisicamente presente no meu local de pesquisa?
- ◦ Considere explorar os bairros através do Google Earth ou ferramentas semelhantes; assistir a palestras virtuais e reuniões públicas locais; definir alertas para a mídia local e mídias sociais; leitura de livros e outros recursos; e realização de entrevistas informativas.

## **ÉTICA E EQUIDADE**

### **Obtendo consentimento**

- Como posso obter o consentimento de forma a permitir uma conversa bidirecional entre o pesquisador e o participante?
- ◦ Considere que os participantes forneçam consentimento por meio de uma ferramenta de pesquisa segura, como Qualtrics, em seu computador ou telefone no início da entrevista virtual.

### **Acesso e equidade**

- Como um formato virtual restringe ou expande o acesso a indivíduos/subgrupos de interesse?
- ◦ A falta de dispositivos, conectividade e/ou alfabetização digital limitada complicam o acesso?
- ◦ A oportunidade de realizar pesquisas virtualmente permite o acesso a participantes que podem ser inacessíveis pessoalmente (por exemplo, populações rurais ou outras populações remotas, participantes com mobilidade limitada)?
- Considere se os fundos economizados por meio de viagens podem ser usados para mitigar questões de equidade (por exemplo, contratar um tradutor, gastar fundos em cartões telefônicos ou outros métodos para aumentar o acesso dos participantes, contratar estudantes de pós-graduação).

### **Risco**

- Como um formato virtual afeta os riscos aos participantes?
- ◦ Considere mitigar os riscos ao anonimato, confidencialidade ou privacidade dos dados dos participantes obtendo assinaturas digitais em formulários de consentimento, garantindo que os participantes estejam em um espaço privado, permitindo planos de fundo virtuais,

exigindo senhas para evitar “Zoom-bombing”, armazenando com segurança os dados eletrônicos dos participantes/ arquivos de áudio; apenas gravando o áudio e referindo-se ao participante pelo pseudônimo escolhido pelo participante durante a gravação.

### **Pontualidade**

- Como a adoção de uma abordagem virtual afetará meu cronograma de estudo?
  - Vou precisar alterar um IRB existente? Preciso estender meu cronograma para permitir qualquer coleta de dados pessoalmente que não seja viável virtualmente?
- A urgência do meu tópico sugere caminhos alternativos para a divulgação das minhas descobertas?
- Considere disseminar os resultados continuamente por meio de e-mails, postagens em blogs, cafés, apresentações virtuais, vídeos e panfletos.

## ANEXO B: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora a participar da pesquisa intitulada “VIVÊNCIAS DE MULHERES EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19”.

O presente estudo visa “Analisar vivências de mulheres em relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de Covid-19”. Desse modo, a sua participação nesta pesquisa envolve riscos de desconforto, fadiga que perpassa a experiência íntima de cada participante, apesar disso os benefícios do estudo superam esses incômodos previstos e os pesquisadores se comprometem em manter conduta de discrição, discernimento e ética.

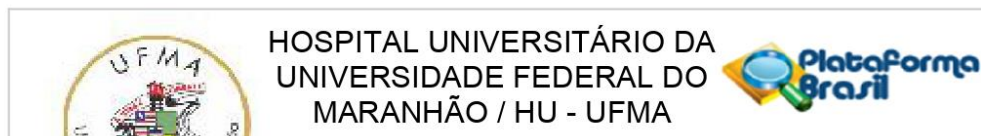
Os benefícios ao participar da presente pesquisa serão a longo prazo e trarão impactos significativos no futuro, já que compreender as suas vivências na gestação, parto e puerpério durante a pandemia de Covid-19 poderá contribuir para oferecer uma assistência mais direcionada e qualificada.

A sua participação poderá ser a partir da utilização dos dados coletados em seu prontuário e/ou do seu filho recém-nascido atendidos, no ano de 2020, em uma das duas Maternidades Públicas de referência incluídas neste estudo (Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão e Unidade Materno Infantil do HUUFMA localizadas no município de São Luís – MA), ou em entrevistas que, poderão ser realizadas por telefone ou presenciais.

Durante todo o período da pesquisa a Sra tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com os pesquisadores através do contato com Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (98)3272-9676 no período da manhã (08-12h) ou da tarde (14-18h). Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA, Rua Barão de Itapary nº227, 4º andar – Centro. São Luís – Maranhão, CEP 6502070 / Telefone: 2109-1250 / 1092.

Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O(a) Sr.(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou





## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS

**Pesquisador:** MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 35645120.9.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.234.296

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1595362. . Datado de 07/08/2020).

Introdução:

COVID-19 é a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus - 2), o novo coronavírus, que pertence à família de vírus Coronaviridae e causa infecções respiratórias (WHO, 2020a). Possui origem zoonótica, ainda não tão elucidada, mas sabe-se que houve uma mutação do coronavírus presente em morcegos ou pangolim, ambos presentes nos hábitos alimentares de chineses. Foi descoberto, inicialmente como surto na China, em 31 de dezembro de 2019 após casos registrados em Wuhan (ZHU et al., 2020). No dia 11 de março, presente em 114 países com um total de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pela infecção por SARS-CoV-2 (WHO, 2020b). Hoje, em 09 de julho de 2020, a maior crise sanitária da história recente foi responsável pela contaminação de 12.068.034 indivíduos e óbitos de 550.159 em 213 países (WORLDOMETER, 2020). No Brasil, por ser um país de dimensões continentais e com importantes diferenças em termos de população e infraestrutura, os protocolos de mitigação podem ter efeitos diversos na propagação da COVID-19 nas diferentes regiões. Portanto, as medidas de enfrentamento devem ser realizadas de acordo com características inerentes a cada região, mas integradas com a

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

situação geral do país (COSTA; COTA; FERREIRA, 2020). Considerando que a principal forma de disseminação do vírus ocorre por meio de gotículas de saliva, o distanciamento social constituiu-se como estratégia fundamental para a redução da transmissão entre humanos (ARAUJO et al., 2020). Em 06 de fevereiro de 2020 foi sancionada no Brasil a lei no 13.979, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da COVID-19, de modo a postergar o pico de casos na curva epidêmica e não sobrecarregar a capacidade dos sistemas de saúde público e privado. As Unidades Federativas passaram a exercer tais medidas a partir da segunda semana de março de 2020 (BRASIL, 2020a). As condições clínicas podem variar de casos assintomáticos ou característicos de uma gripe (tosse, febre e indisposição) a manifestações clínicas graves (pneumonia e insuficiência respiratória aguda) que podem evoluir a óbito, sobretudo, em grupos de risco. Fazem parte destes:

idosos, gestantes, imunodeprimidos, portadores de cardiopatias leves ou descompensadas, de enfermidades renais crônicas ou em estado avançado, enfermidades hepáticas em estado avançado, enfermidades respiratórias e de uma ou mais comorbidades, como diabetes, hipertensão e obesidade (BRASIL, 2020c; WU et al., 2020). A discussão de especialistas sugere que o vírus, apesar de possuir baixa letalidade, pode potencialmente ocasionar o colapso do sistema de saúde. No dia 10 de junho havia uma ocupação de 34.300 leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, sendo 18.546 ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 15.754 da rede privada (BRASIL, 2020b). Como a maior parte da população brasileira utiliza exclusivamente o subsistema público de saúde, SUS está sendo desafiado e é uma ferramenta de grande valia nesse momento. Por meio de protocolos instituídos por investigações científicas, portarias, leis e pesquisas, há a instituição de inúmeras formas de combate à pandemia (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020). Desde que o Brasil se tornou o epicentro da epidemia na América Latina, e considerando a heterogeneidade de diferentes cenários para a população brasileira (MELLAN et al., 2020), o SUS assumiu um papel central no controle da doença. Porém, tal controle não é apenas uma questão de saúde, mas envolve a conexão entre questões políticas, sociais e econômicas, e que exigem um conjunto de medidas que vão além da contenção imediata da cadeia de transmissão do vírus (SARTI et al., 2020).

Assim, surge o desafio de planejar um modelo social e de sistema de saúde que deve ter o objetivo de proteger vidas, especialmente as mais vulneráveis. Os princípios e ferramentas do SUS são pilares do sistema público de saúde que deve ser estruturado para alcançar e atender às demandas da população, inclusive de periferias e de cidades interioranas (SARTI et al., 2020). Porém, tais atributos podem estar fragilizados, devido à suspensão temporária de serviços de

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

atendimento ambulatorial em Unidades Básicas de Saúde (UBS), visitas domiciliares, cirurgias eletivas e do remanejamento de prioridades nos sistemas de emergência, o que torna a população descoberta de tais serviços. Na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do SUS, por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), houve a criação e constante atualização de protocolos para manejo clínico do coronavírus. Assim, foram estabelecidas orientações sobre o curso clínico da doença; o manejo por meio de teleatendimento; referência e contrarreferência; medidas para evitar contágio individual e de prevenção comunitária; apoio à vigilância ativa; recomendações para grupos especiais como gestantes e idoso (BRASIL, 2020c). Já na atenção especializada também houve a criação de um protocolo de manejo clínico cujo objetivo é orientar os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS para identificação, notificação e manejo de casos suspeitos da doença, de modo a mitigar a cadeia de transmissão e apresentar os fluxos operacionais da doença com ênfase na atenção especializada (urgência e emergência hospitalar e não hospitalar) (BRASIL, 2020d). Foram também instituídos protocolos para atendimentos de serviços específicos, como os odontológicos, haja vista a equipe de saúde bucal (eSB) está muito mais exposta à contaminação durante atendimento clínico e ser capaz de acolher, diagnosticar e notificar casos suspeitos da doença, assim como orientar a população a respeito das medidas de prevenção (CFO, 2020). Mesmo com vasto investimento em infraestrutura hospitalar e habilitação de novos leitos, ainda é necessário identificar áreas prioritárias de atuação para redução de casos e criação de políticas para intervenções nacionais, regionais e locais, prevenindo o aumento de casos e reduzindo, assim, a necessidade de internações (REQUIA et al., 2020). Discrepâncias históricas no acesso a leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), distribuição desigual de médicos e de equipamentos, menor nas regiões Norte e Nordeste, demonstram que tais lugares precisaram de maiores investimentos e incrementos urgentes nos sistemas de saúde já fragilizados para poder atender à demanda de pacientes com COVID-19 (DORNA, 2020). Apesar da adoção de medidas preventivas de isolamento social e de manejo terapêutico de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, observa-se aumento significativo de novos casos. Segundo o Ministério da Saúde, através da plataforma digital informativa (Painel Coronavírus) atualizado em 09 de julho de 2020, há 1.755.779 casos confirmados e 69.184 óbitos registrados, correspondente a uma taxa de letalidade de 3,9%, taxa de mortalidade de 32,9/100.000 e taxa de incidência de 835,5

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

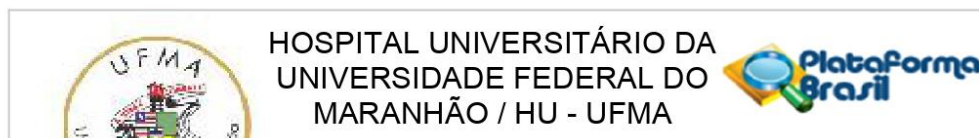
**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

/100.000, por COVID-19 no Brasil (BRASIL, 2020e).

Estudos científicos ainda embasam a necessidade de se obter mais conhecimento acerca do cenário atual e futuro, preenchendo as lacunas existentes. Assim, a vigilância epidemiológica da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 é construída à medida que a OMS consolida informações e há a criação de notas técnicas e evidências científicas publicadas. Nesse contexto, no qual já há sobrecarga no sistema de saúde pública brasileiro nos três níveis (primário, secundário e terciário), o planejamento e gestão em saúde se adaptam para garantir assistência adequada (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020; REQUIA et al., 2020), uma vez que a COVID-19, além do impacto que causa por si só, alterou a dinâmica da oferta de serviços eletivos, acompanhamento ambulatorial e demais atividades, o que causa prejuízo à integralidade do cuidado. Diante das mudanças de cenário elencadas acima, é necessário conhecer como o SUS está se organizando para garantir assistência aos usuários. Além dos serviços voltados para o atendimento de pessoas com sintomas associados à doença causada pelo novo coronavírus, é importante estabelecer estratégias para a manutenção do cuidado àquelas com outras situações que também carecem de atenção. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da pandemia da COVID-19 na gestão e assistência à saúde no Sistema Único de Saúde. De modo a investigar os impactos sobre indicadores de atenção à saúde, compreendendo a assistência ofertada às mulheres e suas vivências em relação à gestação, parto e puerpério e às crianças, nos primeiros dois anos de idade; os efeitos sobre a atenção em saúde bucal no Brasil, analisando quais impactos incidiram sobre os serviços públicos; as percepções de profissionais de saúde em relação aos cuidados prestados e condições de trabalho; a atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no contexto da COVID-19; a avaliação da dinâmica de regulação e gestão de leitos UTI e o processo de estabelecimento de prioridades.

#### Hipótese:

No atual cenário de enfrentamento de uma pandemia, o sistema público de saúde brasileiro se depara com situações desafiadoras. Dentre essas há o alto nível de exigência, em especial na gestão e assistência, para se readequar às atuais necessidades. Embora a cada dia suas limitações sejam visíveis, sua importância merece ser reconhecida e o momento é adequado para discussões acerca de possíveis modificações para o futuro. Essa doença evidenciou outros males como a desigualdade social, a violência doméstica, o instável trabalho de informais e autônomos, maiores dificuldades para os refugiados, imigrantes, populações deslocadas, pessoas em situação de rua,

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

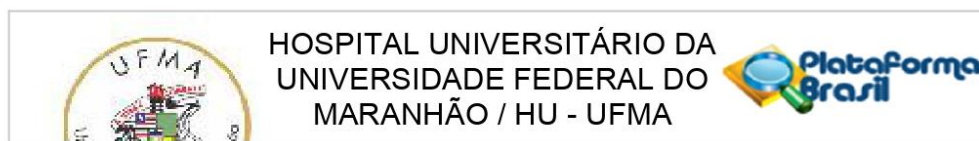
**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

deficientes e idosos. Com isso, deve-se aprender a enxergar as dificuldades do país (SANTOS, 2020). Assim, para entendimento de como essa pandemia está e ainda pode repercutir, até mesmo romper e gerar novos paradigmas para o sistema de saúde brasileiro, é importante ter um olhar quantitativo, para apontar generalizações; e qualitativo, para compreensão das particularidades das situações. Diante do cenário exposto, acredita-se que a pandemia apresenta implicações tais

como:- A pandemia está causando impacto nos indicadores de desempenho e produtividade dos trabalhadores do SUS, na atenção ao pré-natal, parto e nascimento, dentre outros;- A COVID-19 está desencadeando impactos nos atendimentos de saúde bucal da APS, afetando os indicadores de produtividade da equipe de saúde bucal;- O diagnóstico ou suspeita de COVID-19 aumenta o risco de complicações na gestação, parto e nascimento;- Os profissionais da APS, especialmente o ACS, estão sendo subutilizados no enfrentamento da pandemia na área adscrita de UBS

referências para síndrome gripal;- Não há concordância em relação às áreas com maior densidade de casos ao comparar os registros oficiais com os relatos dos ACS; e- A pandemia está gerando uma nova demanda por leitos de UTI no estado do Maranhão o que pode impactar no processo de estabelecimento de prioridades e influenciar a tomada de decisão para a admissão em UTI.- A Rede de Apoio das gestantes e puérperas diminuiu

devido à necessidade de distanciamento social durante a pandemia de COVID-19; e - As desigualdades de gênero impactam de diferentes modos as relações de trabalho e familiares dos profissionais de saúde.

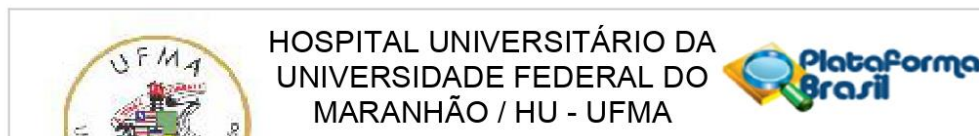
#### Metodologia Proposta:

O projeto diz respeito a uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, que abrangerá diversos caminhos metodológicos, buscando esclarecer diferentes aspectos da pandemia da doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, que se estabeleceu no país no ano 2020. O objetivo é analisar os efeitos da pandemia em relação às gestantes, às puérperas, aos recém-nascidos, à saúde bucal, aos

profissionais e aos gestores por meio da combinação de distintas fontes de dados e instrumentos de coleta tais como questionários estruturados para extração de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Prontuário eletrônico e livro de registros, Sistema da Central Integrada de Leitos (CIL) e

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na abordagem quantitativa. Na qualitativa, utilizando diferentes técnicas como história oral de vida, observação participante, entrevista

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

estruturada, semiestruturada e grupos focais, que utilizarão roteiro de entrevista semiestruturada, e roteiro com pergunta norteadora como instrumento de coleta. Os locais de estudo são: o Brasil, com suas 26 unidades federativas, Distrito Federal e os 5.570 municípios; os hospitais Universitário e demais que tenham leitos de UTI para COVID-19 no estado do Maranhão; maternidades Materno Infantil do Hospital Universitário e de Alta Complexidade do Maranhão; Unidades Básicas de Saúde referências para a Síndrome Aguda Respiratória

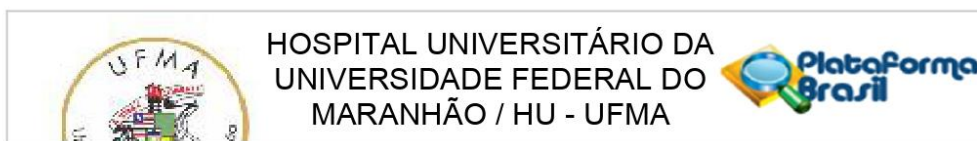
Grave na cidade de São Luís e outras UBS, em demais macrorregiões de saúde do estado do Maranhão, que possuam equipe da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal. A amostra qualitativa será intencional buscando contemplar as diversidades dos sujeitos e o número final será definido por critério de saturação de dados. Para o cálculo do número de indivíduos necessários para a análise quantitativa das possíveis associações entre COVID-19 e os desfechos estudados foi utilizado o software de domínio público EpiInfo, versão 7.2.3.1, levando-se em conta um intervalo de confiança de 95%; poder de detecção de diferenças de 80%; relação de expostos/não expostos de 2:1 e razão de prevalência de 3.0. Utilizou-se a prevalência da variável-desfecho "anomalias congênitas" (prevalência de 0,50%), por ser o desfecho que necessitou do maior tamanho de amostra. O que resultou em 3.888 indivíduos. Serão acrescidos mais 112 participantes que participarão da intervenção proposta. As coletas dos dados serão iniciadas somente após parecer positivo do comitê de ética e envolvem dados referentes à pandemia e seu impacto nos âmbitos acima mencionados.

#### Metodologia de Análise de Dados:

Para análise da parte qualitativa dessa pesquisa, as falas serão agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias, interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo), que trata-se de um método organizativo de dados, utilizando-se três processos cognitivos: pré-análise (constituição do corpus do estudo); codificação (a transformação dos dados primários em unidades de representação do conteúdo); categorização (agrupamento das unidades por temática e composição das categorias). A análise temática será realizada em três fases: a primeira fase, na qual serão realizadas as transcrições das entrevistas e a organização de todo o material de pesquisa incluindo os questionários estruturados e os relatos.

A segunda fase é de exploração do material coletado no campo por meio de leitura flutuante e exaustiva do material. A terceira e última fase busca a compreensão das vivências relatadas. Para a

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

parte quantitativa, serão realizadas análises exploratórias, através de frequências absolutas e relativas, média, mediana, estimação de Intervalos de Confiança de 95%, gráficos de dispersão, boxplot e histogramas nos softwares R e STATA. Os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 serão analisados de acordo com a evolução temporal e geoespacial da doença no território das UBS. A cada semana epidemiológica será verificada a incidência e perfil demográfico dos casos. Os casos serão representados em mapas de calor

evidenciando hotspots como possíveis focos de reemergência da doença. Também será possível determinar clusters onde o nº de casos suspeitos ou confirmados permanece estabilizado. Os mapas de calor serão construídos com base na densidade de casos, estratificados em regiões de alto, médio e baixo número de casos. Será utilizado o Create Space Time Cube By Aggregating Points e o Create Space Time Cube From Defined

Locations para estudar a distribuição dos indicadores de qualidade da atenção ofertada à mulher e à criança e da assistência odontológica, incluindo

o período antes, durante e após a pandemia. Estas ferramentas estruturam e resumem conjuntos de dados em um formato de dados netCDF , criando compartimentos de espaço temporal que formam o que se considera um cubo. A ferramenta Emerging Hot Spot Analysis usa netCDF como entrada, executa uma análise de hot spot no espaço-tempo e identifica tendências nos dados agregados de contagem, como novos, hot spots

intensificadores, decrescentes e esporádicos. A ferramenta Local Outlier Analysis também usa o cubo netCDF como entrada e ajuda a identificar clusters e outliers estatisticamente significativos no contexto do espaço e do tempo. Para análise espacial e construção de mapas de calor será utilizado os softwares QGIS e ArcGis. Os Modelos Autorregressivos Integrados de Médias Móveis (ARIMA) fundamentam-se em 4 passos: a identificação do modelo apropriado para a série temporal, estimação do parâmetro para o modelo identificado, adequação do modelo a partir de

testes estatísticos e análise de resíduos e a previsão dos futuros valores da série. Essa análise será usada para avaliar o impacto da pandemia sob a assistência e o processo de trabalho na assistência pré-natal e odontológica. A fase de identificação do modelo consiste no uso das funções de função de autocorrelação (autocorrelation function – ACF) e autocorrelação parcial (partial autocorrelation function – PACF). ACF é a ferramenta utilizada para a identificação de sazonalidade, ciclos e demais padrões na série. Já, a PACF é usada para estimar o grau de associação entre uma

observação e outra em período anterior, removendo o período intermediário. Para finalizar o modelo ARIMA, existe a necessidade de verificar se os resíduos seguem um formato de ruído

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

branco: sem memória, homocedásticos e normalmente distribuídos. Essa análise será conduzida no software STATA 14.0.

**Desfecho Primário:**

Efeitos da pandemia da COVID-19 na gestão e na assistência à saúde ofertada no SUS.

**Desfecho Secundário:**

Vivências das mulheres, profissionais e gestores de saúde durante a pandemia;

Estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes na mitigação dos efeitos da pandemia; e

Estimativa dos efeitos da pandemia nos indicadores de saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar os efeitos da pandemia pelo SARS-CoV-2 na gestão e assistência à saúde no SUS.

**Objetivo Secundário:**

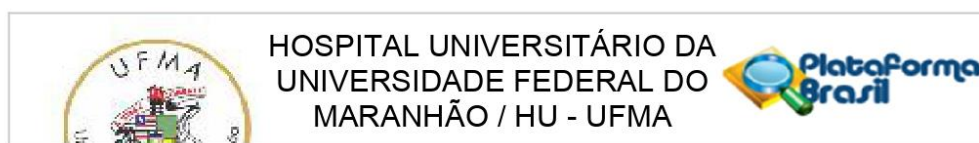
- Analisar as repercussões maternas e perinatais da COVID-19 em mulheres e recém-nascidos com suspeita ou diagnóstico da doença;- Analisar os indicadores de assistência à mulher e à criança nos primeiros 1000 dias no período pré e pós pandemia;- Analisar a atuação da equipe de APS, bem como sua percepção acerca da pandemia de COVID-19;- Analisar os indicadores da saúde bucal na APS no período pré e pós pandemia;- Conhecer as percepções de profissionais de saúde acerca da integralidade da atenção ofertada na APS no período pré e pós pandemia; - Avaliar a gestão de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e o processo de estabelecimento de prioridades no âmbito do SUS no contexto da pandemia do COVID-19;- Compreender vivências de mulheres em relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de COVID-19;- Compreender as percepções acerca de risco e segurança de profissionais de saúde que atuam em maternidade pública, na perspectiva laboral e familiar, durante a pandemia; e- Capacitar ACS para identificar casos suspeitos no território, no intuito de apoiar a vigilância epidemiológica da pandemia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br





Continuação do Parecer: 4.234.296

Segundo a pesquisadora: Serão solicitadas informações acerca das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho, em percepções, vivências e perspectivas no contexto da pandemia da COVID-19. Também serão solicitadas informações de dados pessoais e profissionais. Embora sejam riscos mínimos, é reconhecido que esta pesquisa poderá originar desconfortos, e os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo ou adiando a entrevista e garantindo sigilo, confidencialidade e apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Ressalta-se ainda que não haverá despesa alguma ao participante de pesquisa.

**Benefícios:**

Segundo a pesquisadora: Os benefícios desta pesquisa incluem os resultados que ajudarão a conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante na área da saúde pública que tem como objetivo analisar os efeitos da pandemia pelo SARS-CoV-2 na gestão e assistência à saúde no SUS e poderá contribuir para conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

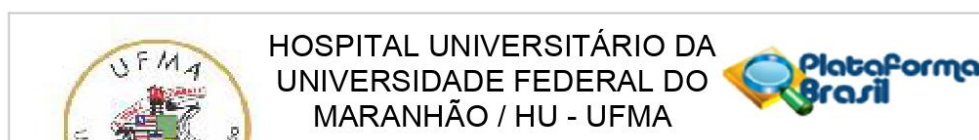
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento (TA), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	comic.pdf	25/08/2020 08:23:41	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1595362.pdf	07/08/2020 20:34:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_dispensa_TCLE.pdf	07/08/2020 20:33:31	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	07/08/2020 20:32:57	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	Termo_compromisso_dados.pdf	07/08/2020 20:31:55	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4185092.pdf	07/08/2020 20:30:50	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVIII.pdf	07/08/2020 20:30:39	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TALE_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:30:11	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLEx_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:29:47	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:29:22	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVI.pdf	07/08/2020	Francenilde Silva de Sousa	Aceito

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

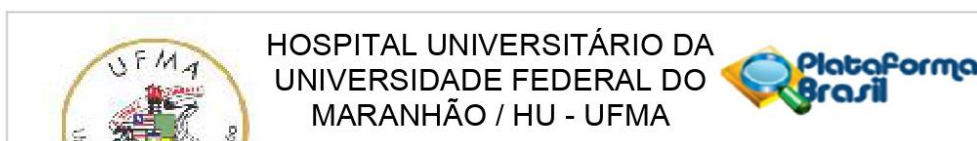
**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**CEP:** 65.020-070

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

Outros	TCLE_subprojetoVI.pdf	20:29:01	Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoV.pdf	07/08/2020 20:28:23	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoIV.pdf	07/08/2020 20:27:51	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID.docx	07/08/2020 20:26:34	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Orçamento	Base_de_Custos.pdf	27/07/2020 16:33:32	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_SES.pdf	24/07/2020 20:58:58	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	23/07/2020 22:46:51	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_pesquisadores.pdf	23/07/2020 22:37:30	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_SEMUS.pdf	23/07/2020 22:27:11	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/07/2020 22:16:38	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_apoio_infraestrutura_UFMA.pdf	23/07/2020 22:15:10	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Solicitacao_pesquisador_responsavel.pdf	23/07/2020 22:14:56	Franceniide Silva de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/07/2020 21:38:05	Franceniide Silva de Sousa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br

## ANEXO C: Autorização do Comitê de Ética da OPAS



Organización Panamericana de la Salud  
Comité de Revisión Ética (PAHOERC)

Dictamen de Evaluación para Propuestas de Investigación

**PAHOERC Ref. No: PAHOERC.0260.02**

Unidad:	BRA/FPL
Título de la propuesta:	<b>A pandemia da Covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS, subproyectos VI – VIII.</b>
Investigador/a Principal:	Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Punto Focal:	Tatiana Raquel Selbmann Coimbra
País(es):	Brasil

Los subproyectos VI – VIII de este proyecto fueron revisados por PAHOERC y se concluyó el 19 de octubre de 2020 que han sido **aprobado** para implementación en Brasil.

-----  
Invitamos a los investigadores a que planifiquen la publicación y el uso de los resultados de investigación. Promovemos la publicación en las revistas indizadas de acceso público.

Sírvase informar a los comités de revisión locales acerca de esta decisión. Usted debe informarle a PAHOERC si hay cambios significativos en la ejecución de esta propuesta.

Maria Páz Ade, Presidente, PAHOERC

19-oct-20

Carla Saenz, Secretaria, PAHOERC

19-oct-20

**Nota: Copia de esta carta de aprobada y firmada por PAHOERC debe ser incluida en la documentación anexa al solicitar la elaboración de contratos, cartas acuerdos o documentos legales de la OPS pertinentes a los proyectos de investigación.**

**19/10/2020**

## ANEXO D: Instrução aos autores (Revista da Escola de Enfermagem da USP)

17/02/2023, 09:38

Instruções aos Autores :: EE - ESCOLA DE ENFERMAGEM

Universidade de São Paulo  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Email USP | Ouvidoria | Intranet | Contatos



Busca

INSTITUCIONAL | ENSINO | PESQUISA | EXTENSÃO | INTERNACIONALIZAÇÃO | BIBLIOTECA | ALUNOS

## REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Sobre a Revista  
 Novidades  
 Assinatura  
 Instruções aos Autores  
 Envio de Artigos  
 Custos de Publicação  
 REEUSP na SciELO  
 Vol.33 - Número Especial  
 Submissão Online  
 Patrocinadores  
 Fale Conosco  
 Dicas para evitar plágio  
 Eventos

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

### Política Editorial

A Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP), mantida pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, é um órgão oficial de disseminação do conhecimento científico em Enfermagem e áreas afins.

Aceita artigos científicos que tragam contribuição original e inédita para a construção do conhecimento, que representem avanços para a prática clínica, de ensino ou pesquisa em Enfermagem e saúde.

Desde 2017, adota o sistema de fluxo contínuo nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, disponibilizando seus artigos na versão eletrônica de forma integral: <https://www.scielo.br/reeusp>.

Todos os textos científicos submetidos à REEUSP passam por revisão por pares (*peer review*), preservando o anonimato de autores e revisores. Excetuam-se os manuscritos depositados em *preprint*, cujos autores poderão ser visualizados pelos revisores.

O Editor Científico analisa preliminarmente o texto e decide pela continuidade ou não do manuscrito no processo editorial. Se aprovado, o manuscrito segue para um Editor Associado, que decide pela continuidade no processo editorial e o envia para dois revisores independentes para emissão de parecer. Na etapa final, com base na avaliação dos revisores e na recomendação do Editor Associado, o Editor Científico decide pela aprovação ou recusa do manuscrito.

Para detecção de similaridades, a REEUSP utiliza o *software iThenticate*, que analisa o conteúdo dos manuscritos submetidos. Aqueles que apresentarem similaridade com outros já publicados, serão excluídos do processo de avaliação.

A REEUSP adota os códigos de condutas ética e publicação do [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](#), os "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados aos periódicos biomédicos" e o [estilo Vancouver](#) de citação de referências.

### Incentivo à Ciência Aberta

#### Repositórios de Dados

A REEUSP incentiva o compartilhamento de dados de pesquisa em repositórios de Acesso Aberto. Entende-se como dados de pesquisa: modelos, métodos, relatórios, *softwares*, procedimentos, questionários, estatísticas, ou seja, dados que possam ser compartilhados e potencialmente úteis para o desenvolvimento de novas pesquisas.

A REEUSP apoia o compartilhamento transparente e acessível do conhecimento por meio de redes de colaboração e adota os princípios *FAIR* (encontrar, acessar, interoperar e reutilizar dados). Os conteúdos publicados estão sob licença da *Creative Commons (CC-BY)*.

#### Preprints

17/02/2023, 09:38

## Instruções aos Autores :: EE - ESCOLA DE ENFERMAGEM

O *preprint* consiste em uma versão do manuscrito ainda não revisada por pares.

A REEUSP segue as recomendações de *Transparency and Openness Promotion (TOP)* e aceita manuscritos depositados em servidores não comerciais de *preprints*, como o SciELO *Preprints*.

## Instruções aos Autores

O manuscrito pode ser submetido nos idiomas português, inglês ou espanhol e ser destinado exclusivamente à REEUSP. Não é permitida a apresentação simultânea do manuscrito a outro periódico, parcial ou integralmente.

A submissão deve ser feita *online* no sistema *ScholarOne*, acompanhada de uma carta ao Editor Científico, destacando os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática. Adicionalmente, deve informar os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão.

Todos os autores devem associar o número de registro no *ORCID* a seu perfil no *ScholarOne* e informá-lo no momento da submissão.

Não há limite no número de autores, mas as pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo. O *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* recomenda que a autoria seja baseada em contribuições substanciais:

- a) na concepção ou desenho do trabalho;
- b) na coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) na redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Desta forma, na submissão do manuscrito, os nomes dos autores devem ser escritos por extenso, informar detalhadamente sua contribuição, assinar e enviar a [Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais](#).

Caso haja algum conflito de interesse, os autores devem informar no momento da submissão.

Os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para a avaliação do manuscrito. Estes deverão ser obrigatoriamente doutores, que possam ser localizados na [Plataforma Lattes](#) de acordo com a temática do manuscrito, não devem ter conflito de interesses e não devem pertencer às instituições de quaisquer dos autores. Os nomes podem ser acatados ou não pelos Editores Associados.

A REEUSP solicita o preenchimento do [Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO](#) e da [Declaração de Disponibilidade de Dados](#) que devem ser anexados obrigatoriamente ao sistema *ScholarOne* como arquivos complementares para avaliação dos revisores.

Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Diversos repositórios de Acesso Aberto estão disponíveis, tais como: [SciELO Data](#), [Repositório de Dados Científicos da USP](#) e [Harvard Dataverse](#).

O autor deve informar à REEUSP o número DOI atribuído aos dados de pesquisa e/ou ao *preprint* e o nome do servidor onde foi depositado. O material deve obedecer a licença *Creative Commons* para compartilhamento de dados e ser citado como Material Complementar após a seção "Conclusão" ou "Considerações Finais" do manuscrito.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em conformidade com as normativas e as regulações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Nas pesquisas envolvendo animais, exige-se a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

17/02/2023, 09:38

## Instruções aos Autores :: EE - ESCOLA DE ENFERMAGEM

O manuscrito aprovado deve ser revisado por um profissional credenciado pela REEUSP e traduzido para o inglês, caso o idioma original seja português ou espanhol.

## Tipos de Artigos Aceitos para Publicação

**Artigo Original:** resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas no total (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

**Revisão Sistemática:** análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, que sintetiza evidências. Limitada a 25 páginas no total (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

**Revisão de Escopo:** desenvolvida para mapear os conceitos-chave que sustentem um campo de pesquisa, bem como para esclarecer as definições e/ou os limites conceituais de um tópico. Limitada a 25 páginas no total (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Obs.: a REEUSP não aceita Revisões Integrativas.

**Estudo Teórico:** análise de teorias ou métodos que sustentem a ciência da Enfermagem ou de áreas correlatas que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas no total (incluindo resumo, quadros, figuras e referências).

**Relato de Implementação de Evidências:** relatos de implementação das melhores evidências científicas em serviços de saúde, segundo metodologia do *The Joanna Briggs Institute (JBI)*. Limitado a 25 páginas no total (incluindo resumo, tabelas, figuras, resultados e discussão de auditorias de base e de seguimento e referências).

**Relato de Experiência Profissional:** publicação de relatos de experiências que envolvam a atuação de enfermeiros e profissionais de áreas afins à Enfermagem e saúde, em diferentes cenários de práticas profissionais, e abordam a aplicação de procedimentos ou metodologias de intervenção em casos clínicos, de educação em saúde, de formação profissional (experiência pedagógica), implementação de desenhos de pesquisas (aplicação de estratégias metodológicas inovadoras) e análise de implicações conceituais. O texto deve limitar-se a 15 páginas no total (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências). Relatos de experiência que envolvam casos clínicos devem comprovar aprovação ética pelo Sistema CEP/CONEP, conforme orientação da *Carta Circular CONEP n.166/2018*.

**Carta ao Editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressa concordância ou discordância sobre um assunto abordado. Limitada a uma página no total.

**Editorial e Ponto de Vista:** são usualmente convidados pelo Editor Científico. Não são submetidos à revisão por pares e não é cobrada a taxa de editoração.

## Estratégias de Qualificação do Manuscrito

A REEUSP adota estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da Organização Mundial da Saúde (OMS), *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR Network)*. São recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências de pesquisas.

Apresentam-se a seguir alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

**Ensaio Clínico:** *CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)* e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo *ICMJE*, cujos endereços estão disponíveis