

**ALUNA: REBECA ARANHA ARRAIS  
SANTOS ALMEIDA**

**ARQUIVO DA TESE**



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

**REBECA ARANHA ARRAIS SANTOS ALMEIDA**

**PANDEMIA DE COVID-19 NO AMBIENTE DE TRABALHO:  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

**SÃO LUIS**

**2023**

**PANDEMIA DE COVID-19 NO AMBIENTE DE  
TRABALHO  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

**SÃO LUÍS, MA**

**MARÇO – 2023**

**REBECA ARANHA ARRAIS SANTOS ALMEIDA**

**PANDEMIA DE COVID-19 NO AMBIENTE DE TRABALHO:  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Profª. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

**SÃO LUÍS, MA  
JANEIRO – 2023**

ALMEIDA, Rebeca Aranha Arrais Santos

Pandemia de covid-19 no ambiente de trabalho: perspectiva de profissionais da assistência obstétrica / Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida. – UFMA, São Luís, 2023.

106 f.

Orientadora: Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, ano.

1. Covid-19. 2. Pandemias. 3. Profissionais de saúde. 4. Obstetrícia. I. Carvalho, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. II. Título.

**PANDEMIA DE COVID-19 NO AMBIENTE DE TRABALHO:  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida

Tese aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho  
Orientadora  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Cristina Maria Douat Loyola  
Examinador Externo  
Universidade CEUMA

---

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Correa  
Examinador Externo  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy  
Examinador Interno  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves  
Examinador Interno  
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho e este título acadêmico aos meus filhos Luís Felipe e Alice, ao meu marido Felipe e aos meus pais Joaquim Neto e Margareth Rose.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

Ao meu marido, que lutou essa batalha ao meu lado.

Aos meus filhos, que mesmo involuntariamente renunciaram a tanto para que eu chegasse até aqui. Mais que ciência, eu desejo que esse título os ensine sobre perseverança.

Aos meus pais, meus eternos incentivadores e apoiadores. Vocês são meu alicerce.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ruth Carvalho, pelo tempo, esforço e paciência investida no sucesso desta pesquisa.

À Universidade Federal do Maranhão e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) na pessoa de cada professor que dedica sua vida à ciência e à docência.

Aos profissionais que estiveram na linha de frente no combate ao covid-19, em especial aos que se dispuseram a participar desta pesquisa e compartilhar sobre um momento tão ímpar de suas vidas.

Às minhas amigas, Karolline Medeiros, Silvia Muniz, Nalma Carvalho e Ana Cláudia Garcia, que me abraçaram e me confortaram quando nada fez sentido. A Alessandra Muniz, minha companheira neste percurso desde o seletivo, pelo incentivo e parceria.

Obrigada!

*The only way to finish the race is to take another step.*

Dave Ramsey

## LISTA DE SIGLAS

|              |   |
|--------------|---|
| AIDS         | <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>                       |
| COMIC        | Comissão científica   |
| <i>COREQ</i> | <i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i> |
| COVID-19     | <i>Coronavirus Disease 2019</i>                                 |
| ENF          | Enfermeiros   |
| EPIs         | Equipamentos de Proteção Individual                             |
| HIV          | <i>Human Immunodeficiency Virus</i>                             |
| HUUFMA       | Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão      |
| HUUMI        | Hospital Universitário Unidade Materno Infantil                 |
| MED          | Médicos   |
| MERS-CoV     | <i>Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus</i>             |
| OMS          | Organização Mundial de Saúde                                    |
| OPAS         | Organização Pan-Americana de Saúde                              |
| PCR          | Proteína C Reativa  |
| SARS-Cov-2   | <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>          |
| STF          | Supremo Tribunal Federal  |
| SUS          | Sistema Único de Saúde  |
| TAC          | Tecnologias, Aprendizados e Convivência                         |
| TCLE         | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                      |
| TE           | Técnicos em enfermagem  |
| TIC          | Tecnologias, Informações e Conhecimentos                        |
| UTI          | Unidade de Terapia Intensiva                                    |

ALMEIDA, Rebeca Aranha Arrais Santos, **Pandemia de covid-19 no ambiente de trabalho: perspectivas de profissionais na assistência à saúde materna**, 2023, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 106p.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar as vivências de profissionais de saúde que atuaram na assistência obstétrica durante a pandemia da Covid-19, segundo relatos dos profissionais de saúde. A pergunta de investigação foi: quais as vivências de profissionais de saúde que atuaram na assistência obstétrica durante a pandemia da Covid-19, segundo relatos de profissionais de saúde da assistência obstétrica? **Método:** pesquisa qualitativa realizada com gestores, médicos, enfermeiros, residentes e técnicos de enfermagem atuantes em setores (ambulatório pré-natal, emergência obstétrica, centro de parto e internação obstétrica) de um hospital público federal de alta complexidade, no Nordeste do Brasil, de dezembro de 2020 a agosto 2021. A amostra intencional foi encerrada pelo critério da saturação de sentidos. Utilizou-se questionário estruturado e roteiro semiestruturado para entrevistas individuais, gravadas e transcritas. Empregou-se análise de conteúdo, na modalidade temática. **Resultados:** entrevistaram-se 28 profissionais. Os resultados foram apresentados na forma de artigos. Foram identificadas alterações na dinâmica da assistência obstétrica. No pré-natal, houve diminuição das consultas eletivas; aumento do tempo entre consultas; atraso no atendimento devido à paramentação; implantação de novos protocolos de higienização; limitação do número de acompanhantes; criação de novos ambientes para gestantes sintomáticas; implantação de teleatendimento e aumento da demanda não atendida na Atenção Primária à Saúde. No parto/puerpério, relatos apontaram redução do número de leitos; testagem e isolamento das pacientes sintomáticas; limitação da deambulação, restrição de acompanhantes e obrigatoriedade do uso de máscara pela parturiente. As mudanças na dinâmica das relações profissionais na assistência obstétrica durante a pandemia de covid -19 foram categorizadas em: “Conflitos, inseguranças e sobrecarga de trabalho” e “Cooperação, empatia e solidariedade”. A primeira categoria analisa a repercussão da pandemia no ambiente de trabalho a partir do desconhecimento sobre a doença e do adoecimento de profissionais e da insatisfação com a percepção de falta de apoio institucional aos profissionais.. A segunda, analisa as experiências de estreitamento de laços em meio a tantas mudanças na organização hospitalar. **Conclusão:** a pandemia causou a reestruturação dos serviços e criação de espaços

para pacientes com Covid-19, ocasionando redução na oferta de vagas para atendimento pré-natal e pós-parto. Estas mudanças foram acompanhadas por novas regras de atendimento. Houve conflitos entre os profissionais, por se verem suscetíveis à contaminação e sobrecarregados de trabalho, porém, houve também cooperação, motivada por um sentimento de identificação que os uniu. Portanto este trabalho traz contribuições para a pesquisa em saúde, uma vez que possibilita a compreensão de efeitos da pandemia na assistência obstétrica durante a pandemia de covid-19 e identifica evidências que podem fundamentar futuras decisões para atenuar impactos de crises sanitárias nas relações profissionais, favorecendo condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde e assim, melhor atenção à população.

**Palavras chave:** Covid 19. Pandemias. Profissionais de saúde. Obstetrícia.

ALMEIDA, Rebeca Aranha Arrais Santos, **Pandemia de covid-19 no ambiente de trabalho: perspectivas de profissionais na assistência à saúde materna, 2023**, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 106p.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the experiences of health professionals who worked in obstetric care during the Covid-19 pandemic, according to reports from health professionals. The research question was: what are the experiences of health professionals who worked in obstetric care during the Covid-19 pandemic, according to reports by health professionals in obstetric care? **Method:** qualitative research carried out with managers, physicians, nurses, residents and nursing technicians working in sectors (prenatal outpatient clinic, obstetric emergency, delivery center and obstetric hospitalization) of a highly complex federal public hospital in Northeast Brazil, from December 2020 to August 2021. The intentional sample was closed by the sense saturation criterion. A structured questionnaire and a semi-structured script were used for individual, recorded and transcribed interviews. Content analysis was used in the thematic modality. **Results:** 28 professionals were interviewed. The results were presented in the form of articles. Changes in the dynamics of obstetric care were identified. In prenatal care, there was a decrease in elective consultations; increased time between appointments; delay in service due to gowning; implementation of new hygiene protocols; limiting the number of companions; creation of new environments for symptomatic pregnant women; implementation of teleassistance and an increase in unmet demand in Primary Health Care. In childbirth/puerperium, reports pointed to a reduction in the number of beds; testing and isolation of symptomatic patients; limitation of walking, restriction of companions and mandatory use of a mask by the parturient. Changes in the dynamics of professional relationships in obstetric care during the covid-19 pandemic were categorized into: “Conflicts, insecurities and work overload” and “Cooperation, empathy and solidarity”. The first category analyzes the impact of the pandemic on the work environment based on the lack of knowledge about the disease and the illness of professionals and dissatisfaction with the perception of lack of institutional support for professionals. in the midst of so many changes in hospital organization. **Conclusion:** the pandemic caused the restructuring of services and the creation of spaces for patients with Covid-19, causing a reduction in the number of vacancies for prenatal and postpartum care. These changes were accompanied by new attendance rules.

There were conflicts between professionals, as they saw themselves susceptible to contamination and overloaded with work, however, there was also cooperation, motivated by a feeling of identification that united them. Therefore, this work makes contributions to health research, as it enables the understanding of the effects of the pandemic on obstetric care during the covid-19 pandemic and identifies evidence that can support future decisions to mitigate the impacts of health crises on professional relationships, favoring adequate working conditions for health professionals and thus, better care for the population.

**Keywords:** Covid-19. Pandemics. Health Personnel. Obstetrics.

## SUMÁRIO

|            |   |    |
|------------|---|----|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 12 |
| <b>2</b>   | <b>JUSTIFICATIVA</b> .....  | 14 |
| <b>3</b>   | <b>OBJETIVOS</b> .....  | 16 |
| <b>3.1</b> | <b>Objetivo geral</b> .....   | 16 |
| <b>3.2</b> | <b>Objetivos específicos</b> .....  | 16 |
| <b>4</b>   | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | 17 |
| <b>4.1</b> | <b>A pandemia de Covid- 19</b> .....  | 17 |
| <b>4.2</b> | <b>Vivências de profissionais de saúde na linha de frente de combate à pandemia</b> ..... | 19 |
| <b>4.3</b> | <b>Assistência à saúde materna no contexto da pandemia de Covid-19</b> .....              | 23 |
| <b>5</b>   | <b>MÉTODOS</b> .....  | 26 |
| <b>5.1</b> | <b>Delineamento do estudo</b> .....   | 26 |
| <b>5.2</b> | <b>Local do estudo</b> .....  | 26 |
| <b>5.3</b> | <b>Participantes do estudo</b> .....  | 27 |
| <b>5.4</b> | <b>Técnicas e instrumentos</b> .....  | 27 |
| <b>5.5</b> | <b>Trabalho de campo</b> .....  | 28 |
| <b>5.6</b> | <b>Análise de dados</b> .....   | 29 |
| <b>5.7</b> | <b>Riscos e benefícios</b> .....  | 30 |
| <b>5.8</b> | <b>Considerações éticas</b> .....   | 31 |
| <b>6</b>   | <b>RESULTADOS</b> .....   | 32 |
| <b>6.1</b> | <b>Artigo 1</b> .....   | 32 |
| <b>6.2</b> | <b>Artigo 2</b> .....   | 48 |
| <b>7</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 73 |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 76 |
|            | <b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS:</b>                                     |    |
|            | <b>QUESTIONÁRIO</b> .....   | 81 |
|            | <b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: ROTEIRO</b>                             |    |
|            | <b>DE ENTREVISTA</b> .....  | 82 |
|            | <b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ....                       | 84 |
|            | <b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....                                     | 86 |
|            | <b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA OPAS</b> .....                             | 96 |
|            | <b>ANEXO C – INSTRUÇÕES AOS AUTORES – REVISTA BRASILEIRA DE</b>                           |    |
|            | <b>ENFERMAGEM</b> .....   | 97 |

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas estão presentes na história em diversos momentos, porém com a intensificação da globalização nos últimos anos, acentuou-se também a disseminação de agentes patológicos e conseqüentemente, de pandemias. A globalização aumentou a dificuldade de conter infecções. Entre os exemplos recentes de doenças que tiveram um grande impacto na sociedade, inclusive política e economicamente, tornando-se desafios urgentes de saúde pública, estão: Human Immunodeficiency Virus (HIV), Ebola, Zika e H1N1 (ORNELL *et al.*, 2020).

A partir de dezembro de 2019, a nova doença covid-19, assim denominada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), disseminou-se por todo o mundo, constituindo-se num grande desafio a ser enfrentado por todos nós. O conhecimento sobre a infecção pelo novo coronavírus aumentou rapidamente à medida em que a pandemia se alastrou e o número de acometidos cresceu de forma exponencial em nível global (WANG *et al.*, 2020).

A *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) demandou mudanças bruscas no funcionamento de serviços de assistência à saúde obstétrica. Com um alto número de infecções e hospitalizações de gestantes, foi necessário aumentar o número de leitos destinados a mulheres com covid-19, assim como a atenção a elas destinada, tendo em vista o risco de rápido agravamento do seu quadro clínico. Houve intensificação das internações, superlotação das unidades, o que impactou em necessidade de uma reorganização logística, inclusive do fluxo assistencial, e refletiu diretamente na prestação dos serviços de saúde (HERCULANO *et al.*, 2022).

Agregado ao risco inerente à doença covid-19, a determinação de isolamento social trouxe mudanças no modo de vida das pessoas e no funcionamento dos próprios serviços de saúde (WILSON *et al.*, 2020). A complexidade do trabalho em saúde aumentou, pois, além das habituais situações de manejo de dor, sofrimento, morte e perdas, os profissionais de saúde passaram a sofrer maiores pressões relacionadas a diversos fatores, muitas vezes em condições inadequadas de trabalho e com remuneração insuficiente (MIRANDA *et al.*, 2021).

A assistência e o cuidar de pessoas consistem em uma função complexa pois requerem técnica e conhecimento, envolvem sentimentos e relacionamento humano, especialmente em um momento de grande sobrecarga de trabalho, podendo ocasionar sinais e sintomas de sofrimento nos profissionais de saúde (MIRANDA *et al.*, 2021).

Essa crise sanitária causada pela covid-19 trouxe fragilização do trabalho em saúde, modificando inevitavelmente o processo de comunicação nas relações profissionais e na assistência à saúde. Fez-se necessário o esforço das equipes de saúde neste processo de mudança, buscando adaptar-se à nova realidade vigente (RODRIGUES *et al.*, 2020).

O ambiente de trabalho na assistência à saúde é habitualmente envolto por fatores estressores que acarretam desgaste emocional nos profissionais que o vivenciam, ainda mais intensamente neste momento de pandemia. Dantas (2021) cita algumas das repercussões mentais assim ocasionadas: sintomas depressivos e ansiosos, desesperança, desespero, medo de ser infectado e de infectar os outros, medo da morte de si e de pessoas próximas, estresse pós-traumático relacionado às medidas de isolamento social. Estes sinais e sintomas repercutem diretamente na forma de se relacionar deste profissional em ambiente de trabalho e conseqüentemente na assistência prestada.

Portanto, a covid-19 tem desafiado os sistemas de saúde e a sociedade em todo o mundo. O desafio é imenso e gerou uma necessidade de atuação que vai muito além dos cuidados aos pacientes infectados. Surgiu neste contexto a necessidade de analisar as vivências de profissionais de saúde que atuaram na assistência obstétrica durante a pandemia da Covid-19, segundo relatos dos profissionais de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

Diante das adversidades impostas por uma doença nova, e do cenário desafiador vivenciado pela sociedade em decorrência da pandemia de covid-19, nota-se a importância da pesquisa científica. As produções científicas permitem mensuração e compreensão mais a fundo dos efeitos desse cenário, geram evidências que dão subsídios para mitigar os impactos na assistência à saúde.

O complexo do Hospital Universitário em que ocorreu o estudo é um dos dois hospitais de referência estaduais para atendimento de gestantes e puérperas com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19. Por ser uma situação crítica, permeada de incertezas, a rotina da assistência e dos profissionais de saúde deste hospital sofreu modificações, os protocolos e fluxos assistenciais precisaram ser revistos e alterados.

A princípio, profissionais que trabalham em serviços de obstetria não estariam em “linhas de frente” pois inicialmente não havia relatos de que as gestantes seriam um dos grupos de risco e, portanto, não haveria mudanças significativas em seus ambientes e processos de trabalho. Porém, este cenário mudou rapidamente. Gestantes com covid-19 passaram a apresentar sintomas e agravamento clínico, o que implicou na necessidade de aberturas de leitos destinados a pacientes com covid em maternidades.

Diante de uma doença nova e infecciosa, foi necessário o planejamento de novas estratégias para atender as gestantes. Os profissionais de saúde que trabalham nestes setores foram expostos a mudanças significativas nos processos de trabalho, como a reorganização do fluxo de pacientes, realização de teleatendimentos e adaptações do processo de triagem da classificação de risco. Assim, as equipes de saúde encontraram maiores desafios para gestão e assistência à saúde.

Nessa perspectiva, emergem preocupações acerca dos profissionais de saúde que, por estarem na linha de frente do combate à pandemia, sofreram grande impacto, devido à ameaça e ao próprio contágio. Percepções e vivências relacionadas às noções de segurança, risco, medo produziram mudanças intensas nos ambientes e processos de trabalho, assim como nas relações interpessoais destes profissionais.

Enquanto a população mundial esteve em isolamento domiciliar para se proteger de uma possível infecção por covid-19, os profissionais de saúde permaneceram trabalhando frente-a-frente com o risco, muitas vezes com aumento de carga horária e até deslocamento de função. Nos interessa saber que mudanças ocorreram nas suas rotinas e que sentimentos foram suscitados.

Assim, a pandemia da covid-19 provocou a necessidade de discutirmos sobre a experiência, a perspectiva e o enfrentamento deste momento pelos profissionais de saúde. Conhecer os desdobramentos da pandemia no ambiente de trabalho e relações entre profissionais pode cooperar para melhor compreensão dos seus efeitos e melhor assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, apontando situações de alerta tanto para o cuidado da paciente quanto para o suporte aos profissionais de saúde, em situações de risco, insegurança e estresse.

A pesquisa ora apresentada, aborda situações concretas que envolvem profissionais de saúde que atuaram na assistência obstétrica, no período da pandemia. Sua importância consiste em apresentar as repercussões em nível local de um evento de proporção global.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar as vivências de profissionais de saúde que atuaram na assistência obstétrica durante a pandemia da covid-19.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar as características sociodemográficas e do trabalho dos profissionais entrevistados;
- b) Compreender as mudanças na dinâmica organizacional dos serviços voltados à saúde materna;
- c) Discutir a dinâmica das mudanças nas relações entre profissionais de saúde.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 A pandemia de Covid- 19

O novo coronavírus, responsável pela covid-19, faz parte de um grupo de vírus identificado inicialmente em 1937, causadores desde sintomas leves de resfriados a síndrome respiratória grave. Nos últimos anos estes vírus ocasionaram três grandes surtos de pneumonia que levaram a um elevado número de óbitos: *Middle East Respiratory Syndrome coronavirus* (MERS-CoV) causador da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS); SARS CoV, que ocasionou o surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS) e, atualmente, o SARS-CoV-2, beta coronavírus do mesmo subgênero da MERS (SILVA, J. *et al.*, 2020).

O estado de pandemia pela infecção por SARS-CoV-2 foi declarado pela Organização Mundial da Saúde no dia 11 de março de 2020, quando se manifestavam infecções pelo vírus em 114 países, com um total de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). A pandemia da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) desafiou os sistemas de saúde e a sociedade em todo o mundo. Sem estratégias de tratamento específicas, eficazes e comprovadas para a covid-19, prevenir a transmissão e diminuir a taxa de novas infecções eram e ainda são os principais objetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Dentre as medidas de enfrentamento adotadas, o distanciamento social constituiu-se como estratégia fundamental para a redução da transmissão entre humanos, considerando que a principal forma de disseminação do SARS-CoV-2 é por meio de inalação ou contato direto com gotículas de saliva contaminadas. O período de incubação varia entre 1 a 14 dias e as pessoas infectadas, mesmo que sejam assintomáticas, podem assim transmitir a doença (ARAÚJO *et al.*, 2020).

As condições clínicas variam desde casos assintomáticos ou característicos de uma gripe até manifestações clínicas graves que podem resultar em óbito, especialmente em grupos de risco. Portanto, os sintomas são inespecíficos, sendo os mais comuns: febre, tosse, dispneia, mialgias e fadiga. Os sinais e sintomas mais comuns em casos graves são sintomas de pneumonia viral e podem evoluir para Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda, insuficiência cardíaca aguda, lesão renal aguda, sepse ou choque (ESTEVÃO, 2020).

Durante esta crise sanitária global, provocada por um vírus de rápida disseminação, as pessoas não foram afetadas da mesma forma, alguns grupos foram mais afetados que outros.

O grupo de risco para agravamento da infecção por covid-19, com maiores repercussões clínicas foi constituído por: 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).

Algumas categorias laborais, como os profissionais de saúde, e a classes sociais historicamente mais vulneráveis também foram incluídos no grupo de risco pela precariedade de seus trabalhos e condições de vida (MATTA *et al.*, 2021). Quanto à mortalidade, é significativamente mais elevada em pessoas com doenças graves, em pacientes idosos e/ou com comorbidades (ESTEVÃO, 2020).

Embora muitos dados epidemiológicos, virológicos e clínicos tenham sido publicados nos últimos meses, e muitos conhecimentos sobre a infecção por covid-19 tenham sido agregados em pouco espaço de tempo, o desafio que esta pandemia nos impôs foi imenso e houve a necessidade de prevenir e se preparar para todos as situações de cuidados críticos além de suas consequências a curto, médio e longo prazo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

Recentemente, nos anos de 2015 e 2016, o Brasil sofreu outra epidemia, de Zika, um vírus até então desconhecido, apesar de transmitido por um mosquito vetor já conhecido, o *Aedes aegypti*, e responsável pela transmissão de outros vírus com sintomatologia inicial parecida. Porém, o Zika trouxe consigo efeitos secundários novos e graves: a microcefalia e todo o espectro da Síndrome Congênita do Zika vírus. Com o aumento dos casos de microcefalia, principalmente na região Nordeste, e a confirmação laboratorial da sua correlação com o Zika vírus, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) decretou emergência sanitária internacional (BLANCO; SACRAMENTO, 2021).

A epidemia do Zika, assim como a pandemia de covid-19, representou risco sanitário e social, revelando a importância de se olhar para além da doença, considerando os determinantes sociais em saúde e as desigualdades envolvidas no processo de adoecimento. As diferenças nas taxas de infecção e mortalidade por covid-19 devem-se ao fato de que a pandemia de covid-19 é também uma sindemia, em que fatores internos e externos ao indivíduo, como comorbidades e determinantes sociais de saúde, se relacionam e se somam (BAMBRA *et al.*, 2020).

Na vigência da pandemia de covid-19, mudanças bruscas foram necessárias no contexto da assistência à saúde materna, os serviços e os profissionais de saúde buscaram implementar práticas no intuito de exercer condutas mais adequadas, frente a situações

desafiadoras, como a alta demanda, superlotação, ausência de estrutura física ou materiais adequados, atualizações constantes de protocolos e fluxos assistenciais relacionados à novidade da doença (HERCULANO *et al.*, 2022).

Além disso, a alta taxa de transmissibilidade e o crescimento exponencial do número de pessoas infectadas motivou maior preocupação com as medidas de proteção individual dos profissionais de saúde, sejam equipamentos ou técnicas, para evitar contaminação. Assim, aumentaram a procura e os gastos com equipamentos de proteção individual, que sofreram aumentos nos preços e estiveram escassos, consistindo em outro grande desafio a ser enfrentado pelos serviços e profissionais de saúde (HERCULANO *et al.*, 2022).

## **4.2 Mudanças na linha de frente de combate à pandemia**

A forma que os indivíduos vivenciam aspectos culturais e sociais, formais e institucionalizados é denominada experiência. Nela, o sujeito se envolve, interfere e dá sentido a uma ação motivado por sua subjetividade, seus modos de pensar e sentir culturalmente construídos. As emoções, por sua vez, são um fenômeno individual e social simultaneamente, intersubjetivas e afetadas por diferentes contextos socioculturais e estruturas de poder (REZENDE, 2019).

Segundo Minayo (2012), a experiência é o que o ser humano apreende no contexto que habita e nas ações que realiza, o seu sentido é a compreensão do próprio indivíduo e de seu lugar no mundo, para isso ela provoca a reflexão e se revela através da linguagem. O resultado da reflexão pessoal sobre a experiência é chamado de vivência, ela é única pois depende da personalidade, história de vida e da participação de cada pessoa envolvida na situação.

Os profissionais de saúde, devido ao aumento do número de casos que exigem cuidados de saúde, foram reconhecidos como grupo de alto risco para adquirir a infecção por covid-19. Conhecer as experiências e vivências dos profissionais de saúde neste momento histórico pode trazer respostas para o enfrentamento de futuras crises sanitárias (KOH, 2020).

Diante da inexistência inicial de vacinas e de um tratamento comprovadamente eficaz, as estratégias de distanciamento social foram preconizadas como as ações mais relevantes para o controle da pandemia da covid-19. Entretanto, a recomendação de permanecer em casa não se aplica para as equipes de assistência à saúde, sobretudo para os profissionais responsáveis pelo cuidado de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de covid-19 (MEDEIROS, 2020).

Estes, muitas vezes sofreram aumento de carga horária devido ao déficit de profissionais na linha de frente estando ainda mais expostos. Assim, infere-se que entender as vivências dos profissionais de saúde frente uma pandemia é importante, pois a doença modifica os seus processos de trabalho e os leva ao sentimento de vulnerabilidade por diversos motivos (BARBOSA; GOMES; GOMES, 2020).

A situação de excepcionalidade provocada pela pandemia pode contribuir para o entendimento de mudanças ocorridas em várias esferas da vida social, inclusive nos ambientes e processos de trabalho (SANTOS, 2020).

Para Minayo (1986, p. 25) “o processo de trabalho é um *locus* privilegiado das relações de produção”, onde acontece não somente uma produção econômica, mas simultaneamente, produções políticas e ideológicas. As relações técnico-sociais e de poder são estabelecidas e reproduzidas no processo de trabalho, neste se dão ações de resistência, de subordinação ou de negociação (DESLANDES, 2001). Em contexto pandêmico, os processos de trabalho de profissionais de saúde sofreram mudanças significativas e repentinas, afetando conseqüentemente as relações ali estabelecidas e mantidas.

Além dos processos de trabalho, a forma de organização e funcionamento de um ambiente de trabalho pode ser determinante na facilitação ou prevenção da disseminação do vírus e, portanto, a sua análise é importante para a prevenção do adoecimento dos usuários e dos trabalhadores (SILVA, L. *et al.*, 2020).

De acordo com Santos (2020, p. 15), toda quarentena é sempre “mais difícil para uns grupos sociais do que para outros e impossível para um vasto grupo de cuidadores, cuja missão é tornar possível a quarentena ao conjunto da população”. Os profissionais de saúde não deixaram de trabalhar e sofreram mudanças em seus processos de trabalho e dinâmicas familiares durante a pandemia.

Por ser facilmente transmitida em locais de grande movimentação de pessoas por se espalhar através de contato físico ou por proximidade, o Supremo Tribunal Federal (STF) brasileiro reconheceu que a covid-19 pode ser considerada uma doença ocupacional em abril de 2020. Por estarem constantemente expostos ao risco de infecção, os profissionais de saúde sofreram tensões e estigma, sendo muitas vezes vistos como “transmissores do vírus”. (SILVA, L., *et al.*, 2020).

É preciso destacar também que a força de trabalho em saúde não é homogênea, uma vez que contém diferenças de gênero, raça e classe social, as quais estruturam o acesso aos diversos níveis de escolaridade, cursos de formação profissional e oportunidades de inserção no mercado de trabalho. Essa heterogeneidade pode se expressar no cotidiano das relações de

trabalho no âmbito dos serviços de saúde pois estiveram sujeitas a alterações em meio à pandemia, fragilizando mais uns que outros a depender de sua situação biológica, política e social (HIRATA, 2005).

Estes profissionais estão constantemente em contato direto com pacientes infectados e, portanto, expostos a uma alta carga viral. Além do risco de infecção, estão também sujeitos a estresse ao atender pacientes com uma doença nova que suscita muitas dúvidas e insegurança, muitas vezes em condições de trabalho inadequadas (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Tendo seu início em 2019, a pandemia já motivou muitas mudanças. No início o medo, a insegurança e os riscos eram muito maiores, pois havia um desconhecimento grande. À medida que houve maior controle sobre a doença, sobretudo após a vacinação em massa, tais sentimentos foram arrefecendo. Em certo momento, em função da evolução da pandemia, as demandas pelos serviços de saúde aumentaram a tal ponto que a capacidade de atendimento chegou ao seu limite (RODAS; FERNÁNDEZ; CELI, 2020).

Neste contexto, os profissionais de saúde passaram a ser cada vez mais afetados pela infecção pelo vírus SARS-CoV-2, responsável pela covid-19. A literatura registra maior risco de morte e maior letalidade dos profissionais nas áreas de maior ocorrência de casos, assim como as consequências da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde (GIUSTI *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2020) e as repercussões dessas mudanças no trabalho em assistência à saúde (GALBRAITH *et al.*, 2020).

Em contrapartida à escassez de mão-de-obra, as instituições hospitalares tomaram algumas medidas emergenciais, como remanejamento e um seletivo de profissionais especificamente para trabalhar em setores de isolamento de pacientes com infecção suspeita ou confirmada por covid-19. Embora essas medidas tenham sido necessárias, delas surgiram outros problemas, pois os novos funcionários eram em sua maioria inexperientes nesta especialidade e desconheciam as regras institucionais, portanto capacitar esses profissionais no enfrentamento da pandemia implicou em mais um esforço da equipe de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Diante da escassez de profissionais de saúde devido ao adoecimento e também ao afastamento de muitos profissionais por condições prévias de saúde, para atender ao volume crescente de pacientes, houve prolongamento das jornadas de trabalho dos que continuaram na assistência e muitas vezes, sobrecarga de trabalho, aumentando também a sua exposição ao risco de infecção (SILVA, L. *et al.*, 2020).

Esta redução de trabalhadores aptos para os cuidados avançados no manejo clínico de pacientes graves com covid-19 intensificou a sobrecarga dos profissionais que estavam na

linha de frente, ressaltando-se ainda que muitos destes profissionais foram remanejados neste período e passaram a desempenhar atividades que não desempenhavam anteriormente. (BARBOSA; GOMES; GOMES, 2020).

A sobrecarga de trabalho, a exposição a inúmeras mortes e a conseqüente frustração pela perda de pacientes, agressões por parte de pessoas que precisam de atendimento sem poderem ser acolhidas devido à falta de recursos, assim como o afastamento da família e amigos ameaçaram a integridade da saúde dos profissionais envolvidos na assistência durante a pandemia (BORGES *et al.*, 2021).

O excesso de trabalho a que são submetidos pode favorecer, além do adoecimento físico e mental, um maior índice de absenteísmos, acidentes de trabalho, erros de medicação, e conseqüências em sua vida pessoal tal qual a redução ou ausência de momentos de lazer, redução do autocuidado, provocados pela falta de tempo e energia, contribuindo assim para o adoecimento deste profissional (SILVA; QUEIROZ, 2011).

Nesse contexto, contrapondo-se ao absenteísmo, apresenta-se o presenteísmo, o qual consiste permanecer trabalhando mesmo na ausência de plenas condições físicas e/ou psicológicas para o cumprimento de suas funções laborais. Por motivos diversos, como, por exemplo, o medo de perder o emprego, muitas vezes o trabalhador se expõe ao risco de sofrer ou provocar acidentes de trabalho, trabalhando em sofrimento físico ou mental, mesmo contra recomendações médicas (FONTENELE *et al.*, 2018).

O presenteísmo ocasiona uma diminuição da produtividade, pois o trabalhador não consegue exercer suas funções plenamente, e pode comprometer a organização do trabalho, a saúde dos trabalhadores e o serviço prestado, sendo, por vezes, ainda mais prejudicial ao processo de trabalho que o absenteísmo (PASCHOALIN, 2012).

Assim, muitos profissionais de saúde brasileiros adoeceram e foram temporariamente afastados das atividades laborais, muitos foram a óbito em conseqüência de agravamentos da infecção por covid-19 no Brasil e em todo o mundo. Nesse contexto, ocorreram mudanças de forma abrupta e inesperada na rotina dos serviços de saúde, nas estruturas organizacionais e conseqüentemente, nas relações profissionais (ALESSI, 2020; MEDEIROS, 2020).

Para compreender as vivências durante uma pandemia, é importante considerar as emoções por ela suscitadas (SANTOS, 2020). Segundo Silva (2021), a exposição a uma doença nova, com grande potencial de transmissibilidade, sem curso clínico e tratamento bem definido, ocasiona medo, estresse e ansiedade dentro e fora do ambiente de trabalho dos profissionais de saúde.

O medo de adoecerem ou transmitirem a infecção aos membros da família, além do risco, se torna constante nos trabalhadores da saúde. O que pode comprometer sua atenção, entendimento e capacidade de tomar decisões, e ocasionar consequências a longo prazo em seu bem-estar geral. Nesse sentido, o sentimento de impotência esteve presente diante da gravidade e a complexidade dos pacientes, da falta de leitos e/ou de equipamentos necessários para o suporte à vida, assim como sintomas de ansiedade, depressão, Burnout, fadiga mental, uso de drogas, estresse, insônia e sintomas psicossomáticos (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Para Grossi e Toniol (2021), a pandemia de covid-19 foi, portanto, um medo global: nome que se dá a qualquer temor sentido por todos os integrantes de uma sociedade, pela ameaça de um número enorme de mortes que pode atingir a todos. Por despertarem uma sensação de fim de mundo, disparam reações fisiológicas, biológicas, psicológicas, culturais, econômicas, sociais e científicas. A gripe espanhola de 1918, vírus também “estrangeiro” que levou a aproximadamente 50 milhões de óbitos, é considerada o primeiro medo global, após a pandemia da gripe espanhola, a *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), o ebola, e outros vírus sucessivamente reafirmam a fragilidade da espécie humana.

Controlar o medo é um desafio frente a tempos difíceis, em situação crítica sem previsão de resolução. Diante do risco a atitude preconizada era manter-se em isolamento social, distanciamento físico, o que se constituiu como um desafio pois, socialmente, o cuidado está associado à proximidade e não ao distanciamento (RENFREW *et al.*, 2020).

### **4.3 Assistência à saúde materna no contexto da pandemia de Covid-19**

As gestantes de alto risco e puérperas foram incluídas pelo governo brasileiro no grupo de risco no dia seis de abril de 2020, por serem uma população suscetível à covid-19, com maior risco de complicações e agravamento com repercussões para a gestante e para o conceito. Logo em seguida, no dia nove de abril do mesmo ano, todas as gestantes, mesmo as de risco habitual, assim como mulheres em situação de pós-aborto ou perda fetal passaram também a integrar o grupo de risco para a covid-19 (BRASIL, 2020a).

A pandemia de covid-19 ocasionou impactos sociais, estruturais, culturais, emocionais e econômicos que podem afetar a experiência de gestação, parto e puerpério. Assim, foram necessárias mudanças nos fluxos de atendimentos em saúde e redefinição das estratégias nos diferentes níveis de atenção. Tendo em vista o risco de disseminação do vírus, desenvolveram-se condutas, espaços e técnicas no intuito de otimizar a assistência das

mulheres e abordar tanto as que permaneceram em casa como as que estiveram em ambiente hospitalar (BARTON; SAAD; SIBAI, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Assim, a pandemia de covid-19 mudou a realidade do trabalho em saúde, tanto ambulatorial, quanto hospitalar. Os setores de gestão em saúde fizeram grande esforço para adaptar os serviços e as políticas de saúde para ofertar uma resposta às necessidades provocadas pela pandemia sem gerar prejuízos aos sistemas e práticas fundamentais à sobrevivência, à saúde e ao bem-estar de todos. No entanto, a pandemia de covid-19 alterou a dinâmica da oferta de serviços, especialmente os eletivos, como acompanhamento ambulatorial a exemplo das consultas e exames de pré-natal (BRASIL, 2020b; REIS; SAMEA; MOREIRA, 2021).

A prioridade nos serviços de saúde mudou. Nas maternidades, a prevenção à covid-19 passou a ser o foco principal e, em nome da segurança, medidas protetivas restringiram direitos. Muitos serviços foram desativados. Em algumas maternidades do país, houve suspensão do alojamento conjunto, aumento da medicalização e de cesarianas, serviços perinatais ofertados de forma remota, fechamento de bancos de leite, redução nas equipes das maternidades, por remanejamento para as áreas de covid, comprometendo inevitavelmente a qualidade da assistência (RENFREW *et al.*, 2020).

Assim a pandemia ameaçou melhorias conquistadas nos últimos 30 anos, concernentes à sobrevivência, à saúde e ao bem-estar de mulheres e recém-nascidos mediante à indisponibilidade de fundamentos científicos para embasamento dos cuidados. Em razão do risco representado pelo novo vírus, comportamentos, procedimentos, protocolos e direitos foram revistos e, por vezes, suspensos dada a ameaça representada pela nova doença (RENFREW *et al.*, 2020).

Devido à crise sanitária decorrente da covid-19, serviços de saúde obstétrica estabeleceram medidas de biossegurança rigorosas, como o isolamento social, quarentena e restrições de acompanhantes durante os partos com o objetivo de garantir a segurança do paciente e o controle de infecção nos cuidados de saúde (SILVA *et al.*, 2021).

O direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto até a alta hospitalar é previsto na Lei Federal nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005). A Lei do Acompanhante é do interesse de todos pois traz inúmeros benefícios para a parturiente, o acompanhante e o recém-nascido. A suspensão do direito ao acompanhante, medida adotada em várias maternidades, trouxe prejuízos à parturiente. No entanto, o argumento institucional é que essa medida foi adotada como medida de segurança para garantir a segurança no ambiente

hospitalar e preservar a saúde de usuárias e profissionais de saúde para preservar a saúde de todos ali presentes (SILVA *et al.*, 2021).

Em meio ao contexto de insegurança provocado pelo desconhecimento da doença e pela redução do número de profissionais, pois muitos foram contaminados pelo vírus, houve um esforço por parte de profissionais e gestores de responder à crise resultante da pandemia. As dificuldades na chamada “primeira onda” foram maiores dadas as poucas evidências científicas para embasar decisões médicas, pouca disponibilidade de testes, ausência de vacinas, entre outras (BRASIL, 2022).

Considerando a importância da equipe de saúde e do seu cuidado para superar os inúmeros desafios que persistem no âmbito da saúde da mulher mesmo previamente à pandemia, como as mortes evitáveis de mulheres, a lenta queda da razão de mortalidade materna, as altas taxas de cesarianas, a violência obstétrica, a medicalização da atenção ao parto e nascimento e outras mazelas, faz-se necessário analisar as vivências de profissionais de saúde que atuaram na assistência obstétrica durante a pandemia da Covid-19, segundo relatos dos profissionais de saúde (COSTA *et al.*, 2021).

## **5 MÉTODOS**

Este estudo faz parte de um projeto quantitativo e qualitativo intitulado: “A pandemia de covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”, composto por oito subprojetos, cujo objetivo principal foi analisar os efeitos do período inicial da pandemia de covid-19 na gestão e assistência à saúde no SUS.

### **5.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de estudo qualitativo. Para capturar os aspectos objetivos e subjetivos do trabalho dos profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19 é apropriado empregar uma pesquisa qualitativa com objetivo de alcançar uma compreensão profunda das percepções dos profissionais de saúde neste estudo. Por meio da abordagem qualitativa busca-se obter informações de natureza subjetiva que não podem ser quantificadas. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa busca a compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

Para Minayo (2014), o estudo qualitativo é uma forma adequada para compreender a natureza de um fenômeno social, pois a abordagem qualitativa revela a complexidade de um certo fenômeno, analisa a interação entre as variáveis deste, busca compreender e classificar os processos dinâmicos vividos pelos indivíduos estudados, permitindo assim, maior aprofundamento na compreensão das particularidades do comportamento dos indivíduos.

### **5.2 Local do estudo**

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2020 a agosto de 2021, em hospital público federal de alta complexidade localizado em São Luís – MA.

O hospital pesquisado oferece assistência integral à mulher e à criança sendo referência estadual para os procedimentos de alta complexidade em diversas áreas, é também um centro de ensino e de pesquisa para a formação de profissionais da área de saúde e outras áreas. Oferece serviços de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e Pediátrica, Clínicas Médica e Cirúrgica Materno-Infantil, acompanhamento de gestação de alto-risco, ambulatórios especializados, imunização, internação de crianças com doenças infecto-parasitárias e outros (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2020).

Durante a pandemia tornou-se referência para gestantes com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19, com locais organizados e equipados para internação destas pacientes em isolamento respiratório, em alojamento conjunto ou Unidade de Terapia Intensiva quando necessário (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2020).

### **5.3 Participantes do estudo**

A população deste estudo foi composta de profissionais de saúde atuantes em setores de cuidado à gestante, parturiente ou puérpera em hospital público federal durante a pandemia de covid-19. O recrutamento foi baseado no seguinte critério de inclusão: médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem que trabalharam em ambiente hospitalar durante a pandemia de covid-19, nos setores de assistência obstétrica. Gestores e residentes destas categorias profissionais foram incluídos. Critério de exclusão: profissionais afastados da assistência por comorbidades, gestação ou lactância durante todo o período da pandemia.

Com relação à amostra, segundo Minayo (2017), não há regra absoluta que determine o número de entrevistados para amostragem de pesquisa qualitativa. Assim, a amostra foi definida intencionalmente buscando abordar uma maior diversidade das situações encontradas, uma maior variedade de pontos de vista, valores, conhecimentos e experiências.

Entrevistamos profissionais de saúde atuantes na assistência, nos setores de pré-natal, emergência obstétrica/admissão (chamado de “acolhimento”), centro de parto e internação obstétrica e médicos atuantes na gestão, por serem responsáveis pela administração, registro e controle dos processos, da dinâmica e dos meios de trabalho. Buscamos contemplar as diferenças encontradas relacionadas aos aspectos sociodemográficos e do trabalho, e utilizamos a técnica de saturação dos sentidos para o fechamento amostral. Esta preconiza a interrupção da coleta de dados quando os casos não acrescentam novas informações a serem analisadas (MINAYO, 2017).

### **5.4 Técnicas e instrumentos**

A técnica utilizada para obtenção dos dados foi a entrevista. Foram utilizados dois instrumentos, sendo eles:

- a) O questionário estruturado: abordou dados sociodemográficos e da trajetória profissional para a identificação dos participantes, com informações como formação, tempo de experiência e cargo ocupado ou função desempenhada.
- b) O roteiro semiestruturado de entrevistas foi composto de questões voltadas às percepções dos profissionais em relação às mudanças ocorridas no seu ambiente de trabalho, na oferta e demanda por serviços, na dinâmica do trabalho, assim como perguntas relativas à sua percepção de risco e medidas de segurança adotadas no trabalho. As perguntas abertas dão possibilidade ao entrevistado de discorrer sobre o tema, com a finalidade de suscitar relatos das vivências durante a pandemia.

Os participantes foram convidados a relatar suas experiências e percepções durante a pandemia da covid-19. Para garantir a fidedignidade dos relatos as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, os nomes dos profissionais foram substituídos pelas iniciais de sua categoria profissional seguido de numeral de acordo com a ordem das entrevistas, e seu anonimato preservado.

## **5.5 Trabalho de campo**

O trabalho de campo iniciou-se com a aproximação aos locais de pesquisa -setores de atendimento a gestantes, parturientes e puérperas, para identificação dos potenciais participantes do estudo.

A partir de listagem institucional de trabalhadores por setor de lotação no hospital, foram selecionados profissionais que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa, pela sua atuação na gestão e/ou na assistência, considerando sua função durante a pandemia, tempo de serviço no hospital, idade e outros indicadores que pudessem contribuir para o entendimento do contexto investigado. Buscamos contemplar diferentes perspectivas relacionadas aos aspectos sociodemográficos e às características do trabalho dentro das categorias profissionais selecionadas.

Após identificação dos profissionais elegíveis, os abordamos pessoalmente, por aplicativo *Whatsapp* ou por e-mail para nos apresentarmos, esclarecermos o objetivo do estudo, e convidarmos o profissional a participar da pesquisa. Em seguida, pactuamos o melhor meio, local e momento para apresentarmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura e realizarmos as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras, por meio digital, em reuniões (7) online no aplicativo *Google Meet*, e de modo presencial (21), no próprio hospital

conforme preferência do participante. No ambiente hospitalar procurávamos sempre ambiente reservado que oferecesse privacidade para o bom andamento das entrevistas, variando de acordo com o setor em que o profissional trabalhava. Assim, não houve local fixo para a coleta de dados, mas ocorreu sempre em uma sala que estivesse disponível no momento e no qual este se sentisse à vontade para a realização da entrevista. O momento para realização das entrevistas também era definido de acordo com a disponibilidade e preferência dos participantes.

As entrevistas presenciais guardaram todas as medidas de segurança necessárias: uso de máscaras, distanciamento, lavagens de mãos, higienização com álcool em gel. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 40 minutos.

Houve 6 recusas diretas, sendo 1 enfermeira e 5 técnicos em enfermagem lotados no Centro de Parto Normal. Além destes, três participantes aceitaram participar, mas remararam consecutivamente a entrevista por mais de três vezes; duas pessoas aceitaram participar, mas não marcaram o momento da entrevista, mesmo após três contatos, por este motivo foram então substituídos por outros com características sociodemográficas próximas. A amostra final foi de 28 profissionais de saúde: 10 médicos, 9 enfermeiros e 9 técnicos em enfermagem. Os profissionais fisioterapeutas não foram incluídos pois na ocasião da pesquisa tais profissionais não trabalhavam com pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19 nos setores pesquisados.

## 5.6 Análise de dados

Pesquisa qualitativa, se baseia na teoria compreensiva, que aponta como função principal das ciências sociais o entendimento da realidade humana vivida socialmente, por meio da interpretação da ação social e do significado a ela atribuído pelos sujeitos de pesquisa. O estudo seguiu as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) Statement* (SOUZA *et al.*, 2021).

Para a análise deste estudo foi utilizada a Análise de Conteúdo na modalidade temática. Segundo Bardin (2010), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens, sejam eles quantitativos ou não.

Fazer uma análise temática é desvendar o núcleo dos sentidos das falas onde o tema é a unidade de significação que se desprende naturalmente de um texto analisado. Na análise

temática o pesquisador agrupa os dados por temas e examina todos os casos do estudo, para se certificar de que as manifestações de cada tema foram incluídas e comparadas (BARDIN, 2010).

A operacionalização da análise temática, segundo Minayo (2014), desdobra-se em três fases:

- a) Pré-análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas foram transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, a determinação das unidades de registro e a constituição dos corpos de provas, momento em que foi realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado.
- b) Fase de categorização-exploração do material: nesse momento o material foi explorado, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, foram procuradas expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizavam, para fazer a ordenação das categorias empíricas.
- c) Análise dos resultados e interpretação: a análise final exige um olhar mais profundo, uma vez que foram realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

## **5.7 Riscos e benefícios**

Foram solicitadas informações acerca das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho e na vida privada dos participantes, suas percepções, vivências e perspectivas no contexto da pandemia de covid-19. Também foram solicitadas informações de dados pessoais e profissionais.

Embora sejam riscos mínimos, é reconhecido que esta pesquisa tem o potencial de originar desconfortos, e os pesquisadores responsabilizaram-se por reduzi-los, interrompendo ou adiando a entrevista e garantindo sigilo, confidencialidade e apoio quando necessário. Além disso, é garantido ao participante o direito de se retirar da pesquisa por qualquer questão que julgar cabível. Ressalta-se ainda que não houve despesa alguma para o participante de pesquisa.

Quanto aos benefícios, os resultados 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.

### **5.8 Considerações éticas**

Este projeto de pesquisa está de acordo com os preceitos da Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Faz parte de um projeto maior intitulado “A pandemia de covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS”. A aprovação ética formal foi requerida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa antes do início do estudo, sendo aprovado sob o número CAAE 35645120.9.0000.5086, número do parecer: 4.234.296. Na Comissão científica (COMIC) do HUUFMA, esta pesquisa foi aprovada sob o parecer de número: 64/2020, e no Comitê de Ética em Pesquisa da Organização Pan- Americana de Saúde, PAHOERC Ref. N. 0260.02. TCLE foram assinados pelos participantes. Os participantes tiveram sua confidencialidade garantida, seus nomes foram substituídos por nomes fictícios e seu anonimato foi preservado.

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 Artigo 1**

**Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde  
obstétricos durante a pandemia da Covid-19**

(submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem. Qualis A3.)



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

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

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

### RESUMO

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

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

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

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

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

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



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

### ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

### RESUMEN

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

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

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

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

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



## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

## MÉTODOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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



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

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

## REFERÊNCIAS

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

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

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

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

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

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

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

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

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

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

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

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### EDITORES

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

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### HISTÓRICO

Recebido: 05 de agosto de 2022

Aprovado: 11 de novembro de 2022

### AUTOR CORRESPONDENTE

Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida  
rebeca\_aranha@yahoo.com.br



**6.2 ARTIGO 2**

**Conflitos e cooperação: dinâmica das relações profissionais na assistência obstétrica durante a pandemia de covid -19**

(a ser submetido à Revista Brasileira de Enfermagem. Qualis A4)



ARTIGO ORIGINAL

## Conflitos e cooperação: dinâmica das relações profissionais na assistência obstétrica durante a pandemia de covid -19

**Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida I**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7732-6867>

**Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho II**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1180-1586>

I Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

II Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Rebeca Aranha Arrais Santos Almeida E-mail: [rebeca.arrais@ufma.discente.br](mailto:rebeca.arrais@ufma.discente.br)



### RESUMO

**Objetivo:** Discutir a dinâmica das mudanças nas relações entre profissionais de saúde que atuaram na assistência obstétrica durante a pandemia da covid-19. **Método:** pesquisa qualitativa com profissionais de saúde em setores de assistência materna de hospital público federal de alta complexidade em dezembro de 2020 a agosto de 2021. A amostra intencional foi encerrada pelo critério da saturação de sentidos. Utilizou-se questionário estruturado e roteiro semiestruturado para entrevistas, posteriormente gravadas e transcritas. Empregou-se

análise de conteúdo, na modalidade temática. **Resultados:** entrevistaram-se 28 profissionais. A primeira categoria, “Conflitos ocasionados pela insegurança e sobrecarga de trabalho”, aborda conflitos decorrentes da sobrecarga causada pelo adoecimento de profissionais e da insatisfação com a percepção de falta de apoio da instituição. A segunda, “Cooperação a partir da identificação, empatia e solidariedade entre os profissionais”, analisa experiências em meio à reorganização e novas regras. **Conclusão:** houve conflitos, por se verem suscetíveis e sobrecarregados, e cooperação, decorrente de um sentimento de identificação que os uniu.

**Descritores:** Covid-19; Pandemias; Profissionais de saúde; Obstetrícia.

**Descriptors:** Covid-19; Pandemics; Health Personnel; Obstetrics.

**Descriptores:** Covid-19; Pandemias; Personal de salud; Obstetricia.



ARTIGO ORIGINAL

## **Conflitos e cooperação: dinâmica das relações profissionais na assistência obstétrica durante a pandemia de covid -19**

### **RESUMO**

**Objetivo:** Discutir a dinâmica das mudanças nas relações entre profissionais de saúde que atuaram na assistência à saúde materna durante a pandemia da covid-19. **Método:** pesquisa qualitativa com profissionais de saúde em setores de assistência materna de hospital público federal de alta complexidade em dezembro de 2020 a agosto de 2021. A amostra intencional foi encerrada pelo critério da saturação de sentidos. Utilizou-se questionário estruturado e roteiro semiestruturado para entrevistas, posteriormente gravadas e transcritas. Empregou-se análise de conteúdo, na modalidade temática. **Resultados:** entrevistaram-se 28 profissionais. A primeira categoria, “Conflitos, insegurança e sobrecarga de trabalho”, aborda conflitos decorrentes da sobrecarga causada pelo adoecimento de profissionais e da insatisfação. A segunda, “Cooperação, empatia e solidariedade”, analisa experiências em meio à reorganização e novas regras. **Conclusão:** houve conflitos, por se verem suscetíveis e sobrecarregados, e cooperação, decorrente de um sentimento de identificação que os uniu.

**Descritores:** Covid-19; Pandemias; Profissionais de saúde; Obstetrícia.

**Descriptors:** Covid-19; Pandemics; Health Personnel; Obstetrics.

**Descriptores:** Covid-19; Pandemias; Personal de salud; Obstetricia.

## INTRODUÇÃO

Desde dezembro de 2019 iniciou-se uma crise sanitária global, a pandemia de covid-19, doença causada por um vírus de rápida disseminação. No entanto, as pessoas não foram afetadas da mesma forma, alguns grupos foram mais afetados que outros. Inicialmente, os grupos de risco foram determinados de acordo com o ciclo da vida, como os idosos, algumas categorias laborais, como os profissionais de saúde, e a classes sociais historicamente mais vulneráveis, pela precariedade de seus trabalhos e condições de vida<sup>(1)</sup>.

As gestantes foram incluídas pelo governo brasileiro no grupo de risco no dia seis de abril de 2020 por serem uma população suscetível à covid-19, com maior risco de complicações e agravamento com repercussões para a mulher e para o concepto. Com essa inclusão, os fluxos de atendimento e rotinas das maternidades brasileiras tiveram que mudar subitamente<sup>(2)</sup>.

Modificações foram realizadas a todo momento segundo orientações repassadas por órgãos sanitários locais, nacionais e internacionais, no intuito de evitar o agravamento das condições clínicas das gestantes e a contaminação dos profissionais de saúde que ali trabalhavam<sup>(3)</sup>.

Além disso, em função da evolução da pandemia, as demandas pelos serviços de saúde aumentaram a tal ponto que, em determinadas situações, a capacidade de atendimento chegou ao seu limite. Neste contexto, os profissionais de saúde passaram a ser cada vez mais afetados pela infecção pelo vírus SARS-CoV-2, responsável pela covid-19<sup>(4)</sup>.

Segundo Silva<sup>(5)</sup>, a exposição a uma doença nova, com grande potencial de transmissibilidade, sem curso clínico e tratamento bem definidos, ocasionou medo, estresse e ansiedade dentro e fora do ambiente de trabalho dos profissionais de saúde. Por ser facilmente transmitida em locais de grande movimentação de pessoas e por se espalhar por meio de contato físico ou por proximidade, o Supremo Tribunal Federal (STF) brasileiro reconheceu que a Covid-19 pode ser considerada uma doença ocupacional em abril de 2020. Por estarem constantemente expostos ao risco de infecção, os profissionais de saúde sofreram tensões e estigma, sendo muitas vezes vistos como “transmissores do vírus”<sup>(6)</sup>.

Mudanças ocorreram de forma abrupta e inesperada na rotina dos serviços de atenção à saúde materna, nas estruturas organizacionais e conseqüentemente, nas relações interpessoais entre os profissionais de saúde. Essas mudanças no trabalho tem potencial para interferir nas relações interpessoais no âmbito da assistência e trazem também conseqüências para a saúde mental dos profissionais de saúde<sup>(7-9)</sup>.

Com a fragilização do trabalho devido à vigência de uma crise sanitária, os limites entre um processo de comunicação de qualidade e os ruídos que atrapalham essas relações se mostraram tênues, o distanciamento, o sentimento de insegurança e até mesmo a grande quantidade de equipamentos de proteção individual (EPIs) se tornaram barreiras no estabelecimento de uma comunicação efetiva entre a equipe de saúde<sup>(10,11)</sup>.

No trabalho em saúde existe uma configuração de diversas tecnologias que podemos diferenciar da seguinte forma: as tecnologias duras – consistem em equipamentos, normas, estruturas organizacionais; as tecnologias leves-duras, são os conhecimentos operantes no processo de trabalho em saúde; e as tecnologias leves, concernentes à produção de vínculo, acolhimento, gestão, etc. Uma conjugação adequada destas tecnologias é capaz de produzir bons resultados no processo de trabalho em saúde<sup>(12,13)</sup>.

Diante dos sofrimentos e sacrifícios impostos pela crise pandêmica, o desenvolvimento de pesquisas visando conhecer as perspectivas dos profissionais de saúde para identificação e compreensão das suas emoções e comportamentos, contribui para a valorização e melhoria dos cuidados prestados, assim como motiva ações de saúde para serem implementadas individual e coletivamente<sup>(14)</sup>.

Assim, a pesquisa ora apresentada, aborda mudanças nas relações entre profissionais de saúde que atuaram na assistência obstétrica, no período da primeira onda da pandemia. Sua importância consiste em apresentar as repercussões em nível local de um evento de proporção global.

## **OBJETIVO**

Discutir a dinâmica das mudanças nas relações entre profissionais de saúde que atuaram na assistência à saúde materna durante a pandemia da covid-19.

## **MÉTODOS**

Estudo com abordagem qualitativa, na modalidade exploratória descritiva, conduzido com base na Teoria Compreensiva, que aponta como função principal das ciências sociais o entendimento da realidade humana vivida socialmente, por meio da interpretação da ação social e do significado a ela atribuído pelos sujeitos de pesquisa<sup>(15)</sup>. A teoria compreensiva busca descrever, mas sobretudo analisar a perspectiva dos sujeitos, suas interpretações. A redação do presente estudo seguiu as orientações da ferramenta guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ Statement)*<sup>(16)</sup>.

Ao dar voz aos profissionais de saúde e conhecer suas percepções e sentimentos relacionados às suas vivências no trabalho, os aspectos que lhes causaram prazer ou sofrimento, a metodologia qualitativa permite ao investigador acessar o pensamento e as significações dos profissionais sobre o fenômeno estudado<sup>(14)</sup>.

O maior representante da *sociologia compreensiva* Max Weber, considera a motivação dos indivíduos e grupos diante das ações sociais que praticam, levando em conta a sociedade em que vivem. Assim, a realidade social é resultado das formas de relação entre os sujeitos, enquanto a interpretação do passado serve para a compreensão das mudanças. Dessa forma, o processo compreensivo baseia-se na idéia de que os homens são produtores ativos do social e depositários de um saber importante. Portanto, o trabalho sociológico busca compreender valores, crenças, motivações e sentimentos ao interpretar e explicar a partir dos dados recolhidos<sup>(17)</sup>.

A análise de conteúdo temática foi o método analítico de escolha, tendo a organização das informações em três fases: Pré-análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas foram transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, a determinação das unidades de registro e a constituição dos *corpus* de provas. Em seguida, foi realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado. Fase de categorização-exploração do material: ocorreu a exploração do material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, buscou-se expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizavam, para fazer a ordenação das categorias empíricas<sup>(15)</sup>.

A terceira etapa de análise dos resultados e interpretação: a análise final exige um olhar mais profundo, uma vez que foram realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos. Desta maneira, a análise foi fundada na presença temática, de palavras relacionadas à frequência de sua aparição, respeitando as regras de: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência<sup>(15)</sup>.

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2020 a agosto de 2021 em hospital público federal de alta complexidade, localizado em São Luís – MA, Nordeste do Brasil, referência para gestantes com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19. As entrevistas buscavam suscitar relatos das vivências, em ambiente de trabalho durante o período inicial da pandemia.

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

Os participantes foram convidados a relatar suas experiências e percepções durante a pandemia da covid-19. Para garantir a fidedignidade dos relatos as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, os nomes dos profissionais foram substituídos pelas iniciais de sua categoria profissional seguido de numeral de acordo com a ordem das entrevistas, e seu anonimato preservado.

Foram entrevistados 28 profissionais de saúde: nove médicos, dez enfermeiros e nove técnicos em enfermagem. Para o fechamento amostral, utilizou-se do critério de saturação dos sentidos. A saturação é alcançada quando os discursos apresentam repetição de informações, quando não existem novos elementos para a análise, representando critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa. Dessa forma, a coleta dos dados foi finalizada quando as entrevistas não adicionavam novas informações a serem analisadas para compreensão do objeto de estudo<sup>(18)</sup>. O critério de saturação foi alcançado na entrevista de número 25, porém seguimos a coleta de três entrevistas adicionais para validação do ponto de saturação, conferindo o rigor e a confiabilidade da técnica utilizada.

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

O trabalho de campo iniciou-se com a apresentação do projeto à chefia do serviço de obstetrícia do hospital. A partir de sua aprovação, iniciou-se uma aproximação aos serviços de atenção obstétrica para identificação de possíveis participantes do estudo. Em seguida foi realizado o convite para participar e, em caso de aceite, agendamos data e horário, de forma presencial ou digital.

As entrevistas foram realizadas pelas autoras, por meio digital e aconteceram *on-line*, utilizando o aplicativo *Google Meet* ou presenciais, no próprio hospital, seguindo as medidas de segurança necessárias. O tempo médio de duração foi de 40 minutos. Para obtenção dos dados, aplicou-se questionário estruturado para coleta de dados sociodemográficos e da trajetória profissional, bem como um roteiro semiestruturado de entrevistas, com perguntas

norteadoras voltadas às percepções dos profissionais em relação à dinâmica das mudanças nas relações entre profissionais de saúde que atuaram na assistência à saúde materna durante a pandemia da covid-19.

Para garantir a fidedignidade dos relatos, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Os nomes dos entrevistados foram substituídos pelas iniciais da categoria profissional: MED para médicos, ENF para enfermeiros, TE para técnicos em enfermagem e numeração aleatória para preservar seu anonimato. Para análise deste estudo, empregou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática através da qual buscou-se compreender os valores, as crenças, as visões de mundo que dão suporte às experiências dos entrevistados sem julgamento de valores por parte das pesquisadoras.

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

## **RESULTADOS**

Do total de profissionais, nove eram médicos, dez eram enfermeiros e nove eram técnicos em enfermagem. Em termos etários, a faixa de idade destes profissionais oscilou entre 28 e 58 anos, sendo a idade média dos entrevistados 30 anos. A maioria dos entrevistados trabalhava nesta instituição por um período entre 6 e 10 anos. Houve predominância de profissionais do sexo feminino. Os 28 profissionais de saúde entrevistados desenvolveram suas atividades profissionais na atenção ao pré-natal, parto e/ou puerpério durante a pandemia de covid-19.

Os demais elementos que permitem caracterizar estes trabalhadores dizem respeito ao gênero, situação conjugal, à religião professada e à cor de pele autodeclarada. Dentre os 28 profissionais entrevistados, a maior parte se declarou casada, católica e parda.

A análise dos relatos dos indivíduos de diferentes categorias profissionais resultou nas categorias “Conflitos, inseguranças e sobrecarga de trabalho” e “Cooperação, empatia e solidariedade”. O risco do contágio e do adoecimento, a insegurança associada à covid-19, o desconhecimento, o estresse, a tensão, a resistência, a cooperação e a solidariedade são elementos que se entrecruzam e marcam as experiências descritas a seguir.

As narrativas dos profissionais acerca das mudanças produzidas pela pandemia nas relações entre profissionais aparecem atravessadas por termos que separam este período em basicamente dois momentos distintos: antes (abril até julho de 2020) e no momento da entrevista ocorrida no período de dezembro de 2020 a agosto de 2021. Portanto, as situações

referidas pelos entrevistados dizem respeito aos acontecimentos vivenciados em momentos distintos e sucessivos.

### **“Conflitos, inseguranças e sobrecarga de trabalho”**

O momento inicial da pandemia é relatado como mais difícil, mais conflituoso, mais “complicado”, pois havia uma incerteza maior acerca do conhecimento sobre a doença, das práticas a serem adotadas, enfim, da dimensão deste fenômeno. No início, profissionais relatam sentirem-se perdidos com relação à disseminação do vírus, seu curso clínico e as condutas mais apropriadas no cuidado das mulheres e seus filhos recém-nascidos.

Veio assim de uma forma bastante rápida, os protocolos não estavam sendo feitos, então, quando chegou a primeira paciente ninguém sabia o que fazer, entendeu? Onde botar, como é que seria o fluxo. Então, isso foi meio que desesperador e bastante estressante, ainda mais que você estava num plantão sobrecarregado, né? (ENF 5).

Não sabia se o bebê pesava ou não, se o bebê fazia o contato pele a pele ou não [...] Aí, era um corre-corre, fazia tudo muito rápido pra não ter contato com a paciente, não ter contado com o bebê, era um medo desesperador. (ENF 7).

O desconhecimento suscitou sentimento de insegurança. O medo foi citado inúmeras vezes durante as entrevistas, como um sentimento unânime, embora por diferentes motivos, com abordagens e estratégias de enfrentamento diversas.

Mas no início, né? Trouxe pânico pra todo mundo. É algo muito desconhecido, né? Então, era pânico! [...] Então, assim, isso causou, com certeza, muito, muito, muita angústia, tristeza e, principalmente, essa questão do medo, né? O medo de você contrair a doença, né? De levar pra um familiar, a incerteza, né? Do que iria acontecer, né? (ENF 4).

As pessoas, é, estavam com muito medo, medo assim, desesperador de pessoas chorarem, de [...] a gente observar, né? Médicos. Você sabe que você é preparado pra atender a questão de saúde tudo, mas é quando vê uma situação dessa, os médicos, principalmente os anestesistas, eles se viram numa situação dramática vamos dizer, né? (ENF 5).

O medo e a sobrecarga geraram conflitos entre a equipe assistencial.

Todo mundo ficou muito apavorado, né? Muito estresse assim, sabe? Das pessoas ficarem exaustas e isso acabava influenciando na questão do humor, na questão mesmo do comportamento. [...] Eu acho que gerou mais conflitos. Porque é difícil você usar da razão e não descontar no outro e não falar de uma maneira mais ríspida com o outro. Eu acho que nem sempre isso é possível numa situação atípica. (ENF 1).

Então acho que essa questão do medo foi o fator principal pra dificultar as relações, né? O medo e a diminuição do número de profissionais, que sobrecarregou todo mundo. (MED 1).

Os entrevistados relataram a insuficiência do número de profissionais de diferentes categorias e afastamento do serviço de grande quantidade de profissionais como consequência do adoecimento por covid-19, por ser portador de doenças e agravos não transmissíveis, estar gestante ou lactante, ou idade superior a 60 anos. A baixa disponibilidade de profissionais foi causa de dificuldade de compor escala suficiente para o trabalho.

[...] mesmo que você queira dizer assim: ‘colega, eu pago pra você ir no meu lugar. Não, não tem quem vá, né?’ (MED 3).

[...] tiveram que afastar os colegas que tinham as restrições de idade, de comorbidades. (MED 4).

As pessoas que tinham alguma comorbidade, alguma coisa, saía do setor, ficava trabalhando remotamente, ou ia mesmo pra outro setor que não tinha tanto contato assim. (TE 7).

Este período de afastamento dos profissionais, com características de risco para agravamento em caso de infecção e de alta taxa de adoecimento dos profissionais, foi identificado como momento de muito estresse pela sobrecarga de trabalho causado pelo desfalque prolongado de profissionais nas equipes. Além disso, os profissionais disponíveis uma vez contaminados, precisavam ficar afastados durante 2 semanas, o que também afetou as escalas de trabalho.

É um prazo bastante longo, né? 14 dias você ficar afastado, ficar sem ter 3, 4 profissionais, né? Durante 14 dias, a gente fica com uma escala bastante comprometida. [...] E aqueles que ficaram tiveram que, né? Ficam sobrecarregados no plantão, alguns tiveram que fazer alguns plantões extra, né? Pra poder cobrir aí essa necessidade, então, assim, foi bem difícil! E o serviço ele não, não diminuiu em nada, né?. (ENF 4).

Além da insuficiência de profissionais devido ao afastamento de muitos por condições prévias de risco ou adoecimento por covid-19, os entrevistados relataram ainda a evitação e até mesmo a recusa de profissionais de diversas categorias profissionais em entrar nos espaços de isolamento para prestar assistência ao paciente. Esta foi a denominação dada às enfermarias destinadas a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19 e onde eram realizadas as medidas de isolamento de contato e respiratório com objetivo de evitar a propagação do vírus. Tal reação resultou na sobrecarga da equipe de assistência direta, como equipe de enfermagem e médicos.

Menina, a gente deu uma de nutricionista, de farmacêutica, de assistente social, de psicólogo, tudo aqui a gente que fez. (ENF 3).

A gente fazia o papel do enfermeiro, a gente fazia o papel do nutricionista, a gente fazia o papel da assistência social, a gente pegava todos as funções do setor, porque ninguém queria entrar lá dentro, só era a gente: os profissionais de enfermagem, os técnicos e os médicos que faziam a assistência e conduta e diagnóstico das pacientes. (ENF 2).

Os médicos e a equipe de enfermagem são responsáveis pela avaliação, prescrição e cuidados diários fundamentais ao reestabelecimento da saúde destas pacientes e por isso estavam constantemente em contato com elas, enquanto outras especialidades poderiam escolher se informar por meio de telefone ou prontuário online das pacientes para determinar condutas “remotas” ou até mesmo a ausência delas.

Assim, ao se perceberem em situação de risco, para si e seus familiares, muitos profissionais relutaram em trabalhar com as pacientes com sintomas gripais. Esta situação agravou ainda mais as condições de trabalho dos profissionais remanescentes. Coube aos gestores, que também estavam trabalhando na assistência neste primeiro momento, a responsabilidade e a habilidade de lidar com este tipo de conflito entre as demandas do serviço e as dos profissionais.

Muitas pessoas que eram dessa ala não quiseram ficar quando souberam que ia ser isolamento, houve até muita confusão, muito bate-boca. ([ENF 3].

É uma situação de muito estresse, muito, muito estresse, de brigas entre colegas, porque meio que ficava cada um querendo se proteger, né? [...] Então, às vezes, chegava uma paciente: ‘Não, não vou ficar’. Aí, a gente, às vezes, entre o os técnicos, por exemplo: ‘Olha, então, a gente vai ter que sortear entre quem vai ficar, porque ninguém quer ficar por livre e espontânea vontade’. Isso acabava criando um atrito entre a equipe. [...] Porque você tinha medo, você precisava cuidar, mas você também queria ser cuidado, nesse sentido, entendeu? (ENF 7).

Neste contexto, a relação de alguns profissionais com a chefia tornou-se tensa, devido aos desentendimentos em virtude das mudanças de lotação, ritmo e intensidade do trabalho para manter a oferta do serviço.

Diz que tiveram discussão dentro da coordenação, bate-boca, e disse que quase iam aos tapas lá. (ENF 2).

O estresse maior foi com a direção, lá, pra poder tá selecionando essas pessoas. Porque no início pra saber quem queria ficar aqui era mais quem falava que era isso, tinha mãe, tinha pai, tinha filho [...]. Porque ninguém queria ficar no isolamento. (TE 3).

Inicialmente, não se sabia como proceder no caso de adoecimento dos funcionários, como apoiá-los dentro da instituição sem expor outras pessoas à infecção, qual seria o fluxo de testagem, de atendimento, de afastamento, essas medidas foram se organizando com o tempo, mas inicialmente não foi possível.

Por ocasião da realização das entrevistas, foram identificadas situações em que não houve apoio institucional para a detecção e tratamento de doença adquirida em ambiente de trabalho e demais problemas de ordem psicológica decorrentes daquele momento.

“Eu fiz, mas por conta própria, porque na época aqui tinha burocracia pra poder fazer o PCR [proteína C reativa], tá? [...] Mas tudo por conta própria, o hospital não me deu nada”. (ENF 3).

A ampliação do quadro de funcionários, denominada “seletivo covid”, ocorreu, segundo informações, “muito tempo depois” (MED 1).

Os profissionais que chegaram eles, tipo assim, eles não sabem fazer nada e aí quando chega fica aqui parado. Aí fica olhando a gente [...] ‘Ah, mas eu não tenho experiência.’ Aí, tipo assim, sobrecarrega a gente, a gente ainda tem que ensinar pra eles como é pra fazer, entendeu? (TE 6).

O seletivo, por ter sido emergencial, não foi dada essa experiência para as pessoas. [...] Então o complicado foi isso, como se fosse uma guerra mesmo. [...] Porque no momento do parto é difícil a gente ensinar alguma coisa na hora do parto, né? A mãe requer atenção, a mãe tá sozinha tirando a máscara, tossindo, você tá ali perto tendo que assistir tudo aquilo ali, né? E ficar atento ao profissional pra que ele não realize nada errado, né? Então realmente foi um desgaste muito grande. (ENF 1).

O edital do primeiro seletivo para profissionais de saúde para atuar com pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19, lançado pela empresa que administra o hospital estudado ocorreu em novembro de 2020. No entanto, a chegada dos novos funcionários, em geral, não solucionou o problema, como esperado, pois, nem todos tinham experiência de trabalho em saúde da mulher.

Assim, as relações entre os profissionais sofreram mudanças devido ao estresse relacionado à situação crítica em que estavam trabalhando, ao risco a que estavam expostos e ao que expunham seus familiares ao transitarem entre o lar e o hospital. Portanto, a convivência entre a equipe mudou, com distanciamento e conflitos motivados pelo sentimento de insegurança e medo.

Essas mudanças foram evidentes entre equipes que trabalhavam com pacientes covid-19 positivos e os outros profissionais atuantes no hospital, que trabalhavam somente com pacientes sem sintomas gripais, pois esses entendiam que os que estavam em contato direto com as pacientes sintomáticas poderiam tornar-se “vetores” do vírus.

Às vezes a gente se abraçava e se reunia pra orar. Não tava tendo mais isso. Eu acho que tinha um receio, um medo de encostar nos profissionais que trabalham no isolamento. Eu percebia isso, às vezes me doía assim um pouquinho [...] me sentia como no isolamento, isolado. [...] É como se fosse abandonados pelos outros setores, porque ninguém queria entrar em contato com a gente. (ENF 2).

Esse afastamento foi contrário ao sentimento de união e de pertencimento que relataram haver antes da pandemia, gerando uma impressão de solidão em meio a uma situação de crise e de fragilidade dos próprios profissionais.

Mudanças também foram relatadas no relacionamento entre os próprios profissionais de saúde envolvidos na assistência aos pacientes em isolamento hospitalar durante a pandemia. Segundo eles, houve um distanciamento devido ao medo da contaminação.

A gente mesmo se afastou dos outros, [risos], estranho, né? A gente não tinha o hábito de usar máscara o tempo todo, a gente começou a usar máscara, usar face shield, a ficar com medo de tá tocando um no outro no começo foi muito angustiante, né? [...] É, a gente não sentava mais junto, ficava com medo de fazer um monte de coisa, de tocar nas coisas [...]. (ENF 3).

Geralmente a gente ficava aquele monte porque é muito divertido, sabe? É muito bom trabalhar aqui. Então assim, na hora que a gente vai comer ficava toda aquela brincadeira toda, aí agora a gente fica “ah tá cheio, não pode ir agora” [...] Às vezes a gente é um pouco chato, mas é necessário. (TE 6).

Alguns profissionais confessaram sentir medo dos colegas que retornavam após o período de afastamento por terem contraído covid-19.

Eles voltavam ainda com sintomas [o profissional que retornava pós-covid], não é nem sintomas, é as sequelas, o cansaço, fraqueza, é isso aí, a gente ficava com medo será que essa pessoa ficou boa mesmo? Será que esse vírus ainda tá circulando no organismo. É ali você compartilhando com ele, pegando o material que ele pega e tudo. Dá medo. (TE 1).

Assim, foram relatadas mudanças fundamentais na convivência e na forma de se relacionar destes profissionais, que antes tornavam o dia a dia mais “divertido” e que somadas ao estresse decorrente das circunstâncias da pandemia podem aprofundar as consequências nocivas dessa experiência na vida destas pessoas a curto, médio e longo prazo.

Portanto, os profissionais relatam que, com a sobrecarga advinda do adoecimento e/ou afastamento de muitos profissionais e com a percepção de falta de apoio institucional no primeiro momento, em que o hospital também ainda não tinha conhecimentos e fluxos bem determinados para a nova doença, houve muitos conflitos entre os profissionais de saúde atuantes nos setores de atenção à saúde materna.

### **“Cooperação, empatia e solidariedade”**

Tendo em vista o desfalque das escalas, o hospital pesquisado estabeleceu adequações para possibilitar o atendimento a pacientes covid-19. Uma das primeiras medidas emergenciais para suprir a necessidade de mão-de-obra foi remanejar profissionais de outros setores para os de assistência à saúde materna. Em seguida, houve a proposta institucional de ampliação da carga horária dos profissionais que ainda estavam aptos para o trabalho.

Mudou a questão da rotina dos plantões que foram mais forçado, né? [...] Eu nunca tinha chegado a tirar 36 horas, mas a gente via que era mesmo necessário se doar pra instituição, porque eu não gosto de plantão noturno e eu tive que ir pro plantão

noturno. Não tinha como dizer não no momento em que nossa coordenação tava pedindo, que era um momento muito difícil, e eu tive que me despir de qualquer, né? Egoísmo. (TE 5)

A gente sente essa sobrecarga, é uma sensação mesmo de ser solidário, de entender que naquele momento não é um momento de ser uma pessoa egocêntrica [...] Eu não me sentia confortável em ver a nossa coordenadora dizer ‘tamo precisando de alguém à noite’, e eu não me manifestar, não é porque não é uma vontade, não é uma coisa que me agrada, isso também não impede de eu fazer meu trabalho bem feito. (TE 6).

Os profissionais se viram diante da necessidade de trabalhar além do que já costumavam, em horários e setores diferentes dos habituais para suprir a necessidade urgente do serviço e da população.

Mesmo profissionais que não tinham atividade prévia na emergência ou no centro de parto – o qual inclui o acolhimento das gestantes com sua classificação de risco em setor de emergência obstétrica, e o acompanhamento dos trabalhos de parto – foram remanejados para cumprir a escala de atividades nesses setores durante a fase mais crítica da pandemia, como por exemplo profissionais do ambulatório de oftalmologia, serviço eletivo que deixou de funcionar durante o período inicial da pandemia.

O pessoal da ginecologia, colegas meus que não fazem parto aí há uns 20 anos, praticamente só fazem cirurgia ginecológica, foram pra obstetrícia porque tava faltando gente. Então, você se vira né? (MED 6).

Então, houve um remanejamento de todos os profissionais e eu ouvi essa sensação de angústia de que ‘talvez eu não tenha as habilidades pra oferecer o melhor a melhor assistência, mas eu vou, porque tá precisando, porque, se eu não for, é melhor eu ir do que não ter ninguém’ Entende? (MED 5).

Portanto, manter o atendimento no plantão neste momento mais crítico foi descrito como um desafio, cuja realização, relatada retrospectivamente, revela um empenho tão grande dos profissionais que os entrevistados se surpreendem positivamente com o resultado alcançado. O sucesso da empreitada é visto como decorrente do compromisso e da intensa cooperação estabelecida entre os profissionais naquele contexto.

Enquanto profissional, o que nós nos comprometemos foi pra se manifestar nesses momentos, né? Que foi um momento que você, ou você se manifestava ou então você não tava cumprindo com o que manda lá no nosso juramento, né? (TE 5).

Mas a gente vinha trabalhar, às vezes achava que aquilo ali era o limite da gente e não é, né? A gente pode viver conseguir muito mais do que a gente já conseguia. (ENF 7).

Mesmo com a redução quantitativa da equipe de saúde, houve um esforço dos que permaneceram para que não houvesse uma redução qualitativa do serviço ofertado. Apesar da crise sanitária e dos sentimentos suscitados, as pessoas se esforçaram para cuidar de cada mulher objetivando o reestabelecimento da sua saúde.

“Conflitos acontecem, né? Mas o que tem prevalecido é a cooperação. A gente sempre tenta cooperar com a assistência do outro profissional, né? De forma a facilitar, tudo em prol do paciente.” (ENF 10).

Apesar de todas as dificuldades vivenciadas e dos conflitos gerados a partir delas, foi possível identificar a partir dos relatos que além da preocupação e esforço realizado a favor do reestabelecimento da saúde das pacientes, houve uma identificação entre os profissionais, eles se viram expostos aos mesmos riscos e sentimentos.

[...] eu acho que as pessoas, elas se colocaram muito como iguais. Eu tô com medo tanto quanto você, né? Eu tenho tanto medo quanto você. Eu não quero me contaminar tanto quanto você. Então, na verdade, elas, nesse ponto, elas se uniram. (MED 1).

Entre a equipe [houve] mais apoio, mais união, porque a dúvida era uma só, né? A gente não sabia o que fazer, não sabia como seria amanhã, né? Era muita dúvida e a nossa convivência foi boa assim, né? Porque não adiantava a gente ficar, né? Discutindo, assim, uma coisa que tava acontecendo com todo mundo. (TE 8).

Assim, após o impacto e os conflitos do primeiro momento da pandemia, houve a expectativa / avaliação de que os relacionamentos interpessoais se tornaram mais empáticos e solidários.

Melhorou nesse sentido de ser mais solidário com o outro, do se compadecer com a dor do outro, tem gente que perdeu o pai aqui, sabe? Então, assim, [...] eu acho que você tem que ser solidário nessa hora. (ENF 3).

Os profissionais eles se solidarizam mais, né? Com o problema do outro. [...] Nós tivemos aqui muitos profissionais com perdas familiares, né? [...] E isso acho que aproximou muito, né? Você acaba se colocando no lugar do outro também. (ENF 6).

Eu acho que as relações se tornaram mais, é, firmes, entendeu? E de mais empatia com o próximo. (ENF 7).

Eu acho que as pessoas começaram a se colocar mais no lugar do outro, né? (ENF 9).

Com o passar do tempo, os profissionais, apesar do distanciamento físico imperativo à situação, se viram mais unidos e empáticos quanto aos sentimentos de solidão, fragilidade e quanto às perdas uns dos outros.

A partir deste sentimento de identificação os profissionais iniciaram um movimento de união, no intuito de atender também às necessidades dos colegas de trabalho, de acolhê-los em seus momentos de dificuldades.

Eu acho que as pessoas se uniram, meio que um ajudava o outro pra tentar resolver a questão do profissional. (MED 1).

A gente tinha uma residente que tinha muito medo, porque tinha familiar idoso em casa, tinha criança em casa e ela não gostava de passar na ala covid e aí nos rodízios, quando chegou a vez dela de passar na ala covid ela pediu pra eu trocar com ela, eu até troquei e tal, eu que fiz, ela não fez a ala covid. (MED 9).

Sim, eu tenho colegas que até hoje não conseguem fazer parto, porque tem sequelas da covid, tem tontura, tem mal estar, não consegue ficar muito tempo no centro cirúrgico e a gente tenta readequar esse tipo de profissional no ambiente. Tipo, ele quando tá aqui a gente prioriza pra ele não tá na cirurgia, pra ele ficar no acolhimento. A gente tenta acolher ele. (MED 2).

Assim, mesmo os profissionais mais experientes, mais treinados, especializados, até os responsáveis pela gestão se viram em uma situação inesperada, e tiveram que se reorganizar pessoal e profissionalmente para dar conta da demanda inadiável sofrida naquele momento.

[...] porque muita gente adoeceu e aí acabou que [...] outras pessoas que estavam na gestão acabaram entrando pra suprir a necessidade. (MED5).

As pessoas conseguiam de certa forma encaixar horários pra poder fazer o plantão que não era delas e cobrir o colega que eventualmente estava de licença [...] Então assim, as pessoas tavam trabalhando muito mais do que podiam, né?. (MED 1).

Nesse contexto, alguns profissionais relatam terem trabalhado mesmo sem condições de saúde adequadas, o que configura o presenteísmo. O presenteísmo, oposto ao absenteísmo, consiste em comparecer ao trabalho mesmo na vigência de limitações físicas e psicológicas que afetam a execução de suas tarefas laborais. O presenteísmo atinge a saúde e produtividade dos trabalhadores<sup>(19)</sup>.

Eu fiquei muito emotiva, eu chorava muito assim, não no hospital, mas quando chegava em casa eu chorava muito muito muito e assim as vezes batia aquele desespero ‘meu Deus o que tá acontecendo? O que é isso?’ mas em momento nenhum eu não deixei de ir pro serviço por nada, [...] mas quando eu saía diretamente na rua pra fazer alguma coisa, sentia todos os sintomas de covid. [...] Quando eu tava no serviço eu não sentia nada e também nunca deixei de ir. (TE 5). Teve situações de colegas que apesar de estarem doentes né? Até voltavam um pouco antes do necessário ou demoravam pra dizer que tavam com sintomas, né? Por uma questão de ver que o serviço precisava. (MED 7).

A cooperação entre os profissionais de saúde foi além dos processos de trabalho pré-estabelecidos, as pessoas não se limitaram a cumprir suas atribuições, mas investiram do seu tempo e recursos no intuito de proteger a si e ao grupo.

Eu acho que a gente se juntou, deram as mãos, a gente comprava água sanitária pra poder passar nas coisas que o hospital não dá. Então a gente começou a comprar, forneceram um antisséptico também, que a gente usava aqui, então tipo assim, a gente chegava, cada um já sabia o que tinha que fazer, passava pano em tudo, no computador, a gente começou a botar aqueles papéis filmes no teclado. (ENF 5)].

[...] eu mesma quando eu adoeci, a minha colega ficava porque eu moro sozinha, né? Aí ela ficava ligando pra mim ‘\*\*\*\*, tu quer alguma coisa?’ aí eu botava o dinheiro dentro de um saquinho pra ele comprar alguma coisa pra mim, tá entendendo? (TE 7).

Assim, é possível perceber que, na dificuldade, os profissionais de saúde se esforçaram em cooperar em prol da realização do trabalho, mas também do bem-estar dos colegas de equipe.

## DISCUSSÃO

A pandemia de covid-19 ocasionou impactos sociais, estruturais, culturais, emocionais e econômicos que podem afetar os processos de trabalho dos profissionais de saúde, inclusive na assistência à saúde materna. Assim, foram necessárias mudanças nos fluxos de atendimentos em saúde e redefinição das estratégias nos diferentes níveis de atenção. Tendo em vista o risco de disseminação do vírus, com o tempo, desenvolveram-se condutas mais seguras, espaços e técnicas para otimizar a assistência das mulheres, assim como evitar a contaminação dos profissionais de saúde no trabalho<sup>(20, 21,22)</sup>.

O trabalho é determinante no desenvolvimento e fortalecimento das relações interpessoais, na garantia do convívio social e dos meios de subsistência. O trabalho que não garante um suporte social, se torna danoso, ocasiona impactos individuais e/ou coletivos ao ameaçar a saúde física e mental do trabalhador<sup>(19)</sup>.

A ação terapêutica é a ‘finalidade’ do processo de trabalho em saúde, cujo ‘objeto’ seria o paciente, os ‘meios’ seriam os instrumentos e conhecimentos técnicos e o ‘produto’ seria um serviço. Neste envolvem-se as necessidades dos profissionais, dos usuários e da instituição<sup>(13)</sup>.

Por não se limitar aos saberes pertencentes a uma única categoria profissional, o trabalho em saúde se beneficia de práticas multi, pluri, inter e transdisciplinares. A interdisciplinaridade propicia novos modos de relacionamento, no que se refere à hierarquia institucional, gestão, divisão e organização do trabalho, assim como às relações entre os trabalhadores e destes com os usuários<sup>(23)</sup>.

Nos processos de trabalho, além da tecnologia dura, representada pelas ferramentas e máquinas usadas, são utilizados conhecimentos que constituem os saberes profissionais, bem fundamentados, os quais compõem a tecnologia leve-dura. Porém, no trabalho em saúde predominam as tecnologias leves, as quais motivam a produção de relações a partir da escuta, interesse, vínculos e confiança entre pessoas que manejam expectativas e produções através de diálogos, interpretações e responsabilização em torno do problema a ser solucionado. A tecnologia leve está sempre em produção<sup>(12,24)</sup>.

Desenvolver tecnologias, duras ou leves, que melhoram a qualidade de vida das pessoas, requer disposição para aprender. Este aprendizado se dá através da inserção cultural e segundo o referencial de vida, pelas “tecnologias, aprendizados e convivências (TAC)” em detrimento das “tecnologias, informações e conhecimentos (TIC)”<sup>(25)</sup>.

No hospital, enquanto organização social, ocorrem disputas e formulação de políticas por indivíduos que aliam-se ou confrontam-se a depender de seus interesses e capacidades

com o objetivo de adequar o processo de trabalho às suas necessidades. Os profissionais de saúde utilizam de seus argumentos, alianças, poder ou arranjos enquanto recursos para negociar<sup>(13,24)</sup>.

O apoio e a coesão das equipes de saúde consistem em importante mecanismo de defesa frente à grande sobrecarga emocional a que são expostos em seus serviços. As relações interpessoais no hospital podem ser analisadas segundo a “ordem negociada”, pois ali as regras formais coexistem com as informais cotidianamente e são empregadas pelos profissionais de acordo com a situação e as negociações por eles mesmos estabelecidas<sup>(13)</sup>.

Para compreender as vivências durante uma pandemia, é importante considerar as emoções por ela suscitadas, tais como o medo e a raiva, por exemplo<sup>(26)</sup>. As emoções consistem em um fenômeno individual e social simultaneamente, intersubjetivas e afetadas por diferentes contextos socioculturais e estruturas de poder. São pensamentos de alguma forma “sentidos”, intrincados pela noção de estar envolvido<sup>(27,28)</sup>.

Para Grossi e Toniol<sup>(29)</sup>, a pandemia de covid-19 é um medo global: nome que se dá a qualquer temor sentido por todos os integrantes de uma sociedade, pela ameaça de um número enorme de mortes que pode atingir a todos e fíndar o mundo conforme conheciam até então. Por despertarem uma sensação de fim de mundo, disparam reações fisiológicas, biológicas, psicológicas, culturais, políticas, econômicas, sociais e científicas.

A forma que os indivíduos vivenciam aspectos culturais e sociais, formais e institucionalizados é denominada experiência. Nela, o sujeito se envolve, interfere e dá sentido a uma ação motivado por sua subjetividade, seus modos de pensar e sentir culturalmente construídos. As emoções, por sua vez, são um fenômeno individual e social simultaneamente, intersubjetivas e afetadas por diferentes contextos socioculturais e estruturas de poder<sup>(27)</sup>.

Segundo Minayo<sup>(30)</sup>, a experiência é o que o ser humano apreende no contexto que habita e nas ações que realiza, o seu sentido é a compreensão do próprio indivíduo e de seu lugar no mundo, para isso ela provoca a reflexão e se revela através da linguagem. O resultado da reflexão pessoal sobre a experiência é chamado de vivência, ela é única pois depende da personalidade, história de vida e da participação de cada pessoa envolvida na situação.

Os profissionais de saúde, devido ao aumento do número de casos que exigem cuidados de saúde, foram reconhecidos como grupo de alto risco para adquirir a infecção por SARS-Cov-2<sup>(31)</sup>. Diante da inexistência inicial de vacinas e de um tratamento comprovadamente eficaz, as estratégias de distanciamento social foram preconizadas como as

ações mais relevantes para o controle da pandemia da covid-19. Entretanto, a recomendação de permanecer em casa não se aplica para as equipes de assistência à saúde, sobretudo para os profissionais responsáveis pelo cuidado de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de covid-19<sup>(32)</sup>.

De acordo com Santos <sup>(26:15)</sup>, toda quarentena é sempre “mais difícil para uns grupos sociais do que para outros e impossível para um vasto grupo de cuidadores, cuja missão é tornar possível a quarentena ao conjunto da população”. Os profissionais de saúde não deixaram de trabalhar, sofreram mudanças em seus processos de trabalho e relações interpessoais durante a pandemia.

É preciso destacar também que a força de trabalho em saúde não é homogênea, uma vez que contém diferenças de gênero, raça e classe social, as quais estruturam o acesso aos diversos níveis de escolaridade, cursos de formação profissional e oportunidades de inserção no mercado de trabalho. Essa heterogeneidade pode se expressar no cotidiano das relações de trabalho no âmbito dos serviços de saúde pois estiveram sujeitas a alterações em meio à pandemia, fragilizando mais uns que outros a depender de sua situação biológica, política e social<sup>(33)</sup>.

Estes profissionais estão constantemente em contato direto com pacientes infectados, e portanto, expostos a uma alta carga viral. Além do risco de infecção, estão também sujeitos a estresse ao atender pacientes com uma doença nova que suscita muitas dúvidas e insegurança, muitas vezes em condições de trabalho inadequadas<sup>(34)</sup>.

Diante da escassez de profissionais de saúde devido ao adoecimento e também ao afastamento de muitos profissionais por condições prévias de saúde, para atender ao volume crescente de pacientes houve prolongamento das jornadas de trabalho dos que continuaram na assistência e muitas vezes a sobrecarga de trabalho destes, aumentando também a sua exposição ao risco de infecção<sup>(6)</sup>.

Em contrapartida à escassez de mão-de-obra, as instituições hospitalares tomaram algumas medidas emergenciais, como remanejamento e um seletivo de profissionais especificamente para trabalhar em setores de isolamento de pacientes com infecção suspeita ou confirmada por covid-19. Embora essas medidas tenham sido necessárias, delas surgiram outros problemas, pois os novos funcionários eram em sua maioria inexperientes nesta especialidade e desconheciam as regras institucionais, portanto capacitar esses profissionais no enfrentamento da pandemia implicou em mais um esforço da equipe de saúde<sup>(34)</sup>.

Esta redução de trabalhadores aptos para os cuidados avançados no manejo clínico de pacientes graves com covid-19 intensifica a sobrecarga dos profissionais que estão na linha de

frente, ressaltando-se ainda que muitos destes profissionais foram remanejados neste período e passaram a desempenhar atividades que não desempenhavam anteriormente<sup>(35)</sup>.

O excesso de trabalho que vivenciaram pode favorecer, além do adoecimento físico e mental, um maior índice de absenteísmos, acidentes de trabalho, erros de medicação, e consequências em sua vida pessoal. Esta sobrecarga, a exposição a inúmeras mortes e a consequente frustração pela perda de seus pacientes, agressões por parte de pessoas que precisam de atendimento sem poderem ser acolhidas devido à falta de recursos, assim como o afastamento da família e amigos ameaçam a integridade da saúde dos profissionais envolvidos na assistência durante a pandemia<sup>(35-37)</sup>.

O presenteísmo, é decorrente de excesso de trabalho e além de atingir a produtividade do trabalhador, consiste em comportamento de risco para os próprios trabalhadores assim como para os seus pacientes. No entanto, mesmo quando motivadas por adoecimento, a ausência de outros trabalhadores implicam em acúmulo de funções para os presentes, o que pode resultar em sobrecarga, insatisfação, angústia, estresse, cansaço e frustração<sup>(19,31)</sup>.

Além disso, o sentimento de impotência esteve presente diante da gravidade e a complexidade dos pacientes, da falta de leitos e/ou de equipamentos necessários para o suporte à vida, assim como sintomas de ansiedade, depressão, Burnout, fadiga mental, uso de drogas, estresse, insônia e sintomas psicossomáticos. O medo de adoecerem ou transmitirem a infecção aos membros da família, além do risco, se torna constante nos trabalhadores da saúde, o que pode comprometer a atenção, entendimento e capacidade de tomar decisões, e ocasionar consequências a longo prazo no bem-estar geral<sup>(34)</sup>.

### **Limitações do estudo**

A limitação deste estudo consiste no fato de que a maioria das entrevistas foram realizadas no próprio hospital, embora por escolha dos participantes e em salas privadas, estar no local de trabalho pode limitar a liberdade de respostas.

### **Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública**

O manuscrito apresentado traz contribuições para a pesquisa em saúde, uma vez que possibilita a compreensão de efeitos da pandemia na dinâmica das relações profissionais na assistência obstétrica durante a pandemia de covid-19 e identifica evidências que podem fundamentar futuras decisões para atenuar impactos de crises sanitárias nas relações profissionais, favorecendo condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde e

assim, melhor atenção à população. Considera-se de suma importância que os profissionais de saúde e suas relações sejam vistos como fatores indispensáveis para uma melhor assistência à saúde materna.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As mudanças na dinâmica das relações profissionais na assistência obstétrica que ocorreram em virtude da emergência sanitária foram descritas e analisadas a partir da perspectiva de profissionais que atuaram na assistência à saúde materna durante a pandemia da covid-19. Nas situações examinadas surgiram experiências de distanciamento, conflitos e de cooperação entre os profissionais de saúde, suscitados em meio à reorganização dos serviços, diminuição da oferta, sobrecarga, imposição de novas regras de atendimento, e outras mudanças causadas pela vigência de uma pandemia.

Neste contexto, o medo da doença, do risco do contágio, a insegurança, a impotência e a ansiedade foram sentimentos que marcaram as experiências vividas por estes profissionais, e as emoções suscitadas no trabalho durante a pandemia foram uma temática que atravessou toda a análise. Ao abordar situações concretas, apresentaram-se repercussões locais de um evento de proporção global.

Este estudo evidencia que as mudanças na interação entre a equipe de saúde geradas por um momento de emergência de saúde pública e os sentimentos por este suscitados resultaram em conflitos entre os profissionais, que se viam suscetíveis, expostos e sobrecarregados, e em cooperação ao haver uma identificação entre os profissionais que os uniu, favorecendo o cuidado com a própria equipe de saúde, com as usuárias e o processo de trabalho.

Assim, é de suma importância que os dados científicos e as experiências relatadas neste contexto sejam compartilhados e que os profissionais de saúde, assim como suas relações profissionais, sejam vistos como fatores de fundamental relevância, indispensáveis para uma melhor assistência à saúde materna em tempos pandêmicos e não pandêmicos.

## **REFERÊNCIAS**

1. Matta GC, Rego S, Souto EP, Segata J, organizadores. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; 2021. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.
2. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 6/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2022 jan 10]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087595/notatecnicaneonatal30mar2020covid->

19.pdf#:~:text=Nos%20loais%20em%20condiçã%20de,respiratória%20comprovada%20por%20COVID-19.

3. Herculano MMS, Torres MAL, Moura MCVD, Silva APADD, Pitombeira MG, et al. Vivência dos profissionais de enfermagem em emergência obstétrica de alto risco frente à pandemia da COVID-19. *Esc Anna Nery*. 2022;26(spe):e20210496. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0496pt>.
4. Rodas EG, Fernández AT, Celi MP. Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Med Peru*. 2020;37(2):119-21. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.1033>
5. Silva MVM. Risco, medo e vulnerabilidade: uma análise narrativa sobre os profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. *Pensata*. 2021;10(2):1-17. <https://doi.org/10.34024/pensata.2021.v10.13024>.
6. Silva LS, Machado EL, Oliveira HND, Ribeiro AP. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2020;45:1-8. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520>.
7. Giusti EM, Pedrolí E, D’Aniello GE, Badiale CS, Pietrabissa G, Manna C, et al. The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. *Front Psychol*. 2020;11:1684. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684>.
8. Prado AD, Peixoto BC, Silva AMB, Scialli AM. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020;(46):e4128. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>.
9. Galbraith N, Boyda D, Mcfeeters D, Hassan T. The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych bulletin*. 2020;1-4.
10. Belarmino ADC, Rodrigues MENG, Anjos SDJSBD, Ferreira AR Jr. Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 2):1-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0470>.
11. Rodrigues MENG, Belarmino AC, Custódio LL, Gomes ILV, Ferreira AR Jr. Communication in health work during the COVID-19 pandemic. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(3):e09 e09. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e09.2020>.
12. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). *VER-SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-137.
13. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001 [cited 2022 dez 20]. Available from: <https://static.scielo.org/scielobooks/r7pjf/pdf/deslandes-9788575415283.pdf>.
14. Ribeiro JM, Oliveira ESF, Gonçalves RFL. Contextos da investigação qualitativa em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1):e740101. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2021740101>.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2013.
16. Souza VRDS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:1-9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
17. Goldenberg M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2004.
18. Silverman D. *Interpretação dos dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

19. Fontenele RM. O sofrimento além da dor: análise da narrativa de técnicos de enfermagem da unidade de terapia intensiva sobre sofrimento no trabalho [Tese]. São Luís: Universidade Ceuma; 2018.
20. Costa TP, Ferreira ES, Rodrigues DP, Neri DT, Soares EA, Ferreira GCF, et al. Os desafios da enfermagem obstétrica no início da pandemia da COVID-19 no Estado do Pará. *Res Soc Dev.* 2021;10(3): e9510313042-e9510313042. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13042>
21. Souza K, Schneck S, Pena E, Duarte E, Alves V. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e73148. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>.
22. Barton JR, Saade GR, Sibai BM. A proposed plan for prenatal care to minimize risks of Covid-19 to patients and providers: focus on hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Perinatol.* 2020;37(8):837-44. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1710538>.
23. Matos E, Pires DEP, Sousa GW. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(6):863-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600010>.
24. Merhy E, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp H Jr, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 59-72.
25. Pereira AA, Loyola CMD. Ações pragmáticas estratégicas: passado, presente e futuro [Leitura complementar-Saúde Mental na Atenção Básica] [Internet]. São Luís: Ufma; 2013 [cited 2022 dez 10]. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/861>.
26. Santos BS. *A cruel pedagogia do vírus: ensinamentos da pandemia.* São Paulo: Boitempo Editorial; 2020.
27. Rezende CB. Histórias de superação: parto, experiência e emoção. *Horiz Antropol.* 2019;25(54):203-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000200008>.
28. Coelho MC. Narrativas da violência: a dimensão micropolítica das emoções. *Mana.* 2010; 16(2):265-85. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132010000200001>.
29. Grossi M, Toniol R. *Cientistas sociais e o Coronavírus* [Internet]. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis; 2020 [cited 2022 dez 10]. Available from: [http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim\\_CS/livro\\_corona/Livro\\_Cientistas%20Sociais\\_eo\\_Coronavi%CC%81rus.pdf](http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/livro_corona/Livro_Cientistas%20Sociais_eo_Coronavi%CC%81rus.pdf).
30. Minayo MCS. *Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade.* *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(3):621-6. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
31. Koh D. Occupational risks for COVID-19 infection. *Occup Med.* 2020;70(1):3-5. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036>.
32. Medeiros EA. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:1-4. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0003>.
33. Hirata H. Globalização, trabalho e gênero. *Rev Pol Públ* [Internet]. 2005 [cited 2022 dez 10];9(1):111-28. Available from: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3770/1848>.
34. Teixeira CFDS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICDM, Andrade LRD, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(9):3465-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
35. Barbosa DJ, Gomes MP, Gomes AMT. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. *Comun Ciênc Saúde.* 2020;31(suppl 1):31-47. <https://doi.org/10.51723/ccs.v31iSuppl%201.651>.

36. Silva A, Queiroz E. O estresse e sua relação com a jornada de trabalho da enfermagem em Unidade Hospitalar. *NBC*. 2011;1(1):33-50. <http://dx.doi.org/10.15601/2238-1945/pcnb.v1n1p33-50>.
37. Borges FES, Aragão DFB, Borges FES, Borges, F. E. S., Sousa ASJ, Machado ALG. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2021;95(33):e-021006. <https://doi.org/10.31011/raid-2020-v.94-n.32-art.835>.
38. Paschoalin HC. Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na Enfermagem [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012 [cited 2022 mar 20]. Available from: [http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_HeloisaCamposPaschoalin.pdf](http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_HeloisaCamposPaschoalin.pdf).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A covid-19 alterou a dinâmica da oferta de serviços eletivos, de urgência e emergência na assistência à saúde materna. As mudanças na dinâmica organizacional dos serviços de saúde em virtude da emergência sanitária produziram transformações no processo de trabalho, no cuidado produzido e nas relações entre profissionais de saúde.

No intuito de compreender as vivências de profissionais de saúde que atuaram na assistência à saúde materna durante a pandemia de covid-19, foram identificadas na dinâmica organizacional dos serviços voltados à assistência obstétrica, mudanças categorizadas em “pré-natal” e “parto/puerpério”. As mudanças ocorridas nas relações entre os profissionais de saúde foram identificadas e categorizadas em “conflitos” e “cooperação”.

As características sociodemográficas e do trabalho dos profissionais entrevistados foram identificadas, sendo a faixa etária dos entrevistados acima de 25 e abaixo de 60 anos, com média de 30 anos. A maioria dos entrevistados trabalha na instituição por um período entre 6 e 10 anos. Os profissionais atuavam em ambulatório de pré-natal, emergência, centro de parto e alojamento conjunto. Houve predominância de participantes do sexo feminino, casados, católicos e pardos.

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

No pré-natal, houve diminuição das consultas eletivas; aumento do tempo entre consultas; a paramentação atrasava o atendimento; implantação de novos protocolos de higienização; limitação do número de acompanhantes; criação de novos ambientes como a sala covid-19 para gestantes sintomáticas; teleatendimento e sobrecarga de trabalho pelo aumento da demanda vinda da Atenção Primária à Saúde.

No parto/puerpério, os relatos apontaram redução do número de leitos; testagem e isolamento das pacientes sintomáticas; limitação da deambulação, restrição de acompanhantes e obrigatoriedade do uso de máscara pela parturiente.

Assim, várias mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde foram necessárias durante a pandemia, algumas, porém, não lograram o êxito esperado, como a oferta de consulta por telemedicina. Diante do desconhecimento e risco, foram evidenciados limitações nas boas práticas de humanização da atenção ao parto e nascimento.

Nas relações profissionais, estes relatam conflitos que aconteceram com a sobrecarga advinda do adoecimento e/ou afastamento de muitos profissionais, assim como pelo sentimento de medo e insegurança prevalente inicialmente. Relataram também, insatisfação pela falta de apoio institucional no primeiro momento, em que o hospital também ainda não tinha conhecimentos e fluxos bem determinados para a nova doença.

As mudanças nas relações de trabalho dos profissionais da saúde foram descritas e analisadas a partir da perspectiva deles. Nas situações examinadas surgiram algumas experiências de conflitos ocasionados:

- a) pela recusa/evitação de alguns profissionais em trabalhar nos setores com pacientes com infecção suspeita ou confirmada por covid-19, ou até mesmo em adentrar pontualmente o setor para prestar os seus cuidados sobrecarregando a equipe de assistência direta;
- b) pelo desconhecimento da doença e da forma de proceder diante das admissões correntes;
- c) pela percepção de falta de apoio do hospital ao profissional que contrai a infecção em ambiente de trabalho;
- d) pela inexperiência dos profissionais contratados por meio de seletivo específico, que impossibilita a sua contribuição no momento de crise pandêmica além disso implica em mais uma carga de trabalho aos profissionais pois os recém-contratados precisam de orientação;
- e) pelo estresse, exaustão física e emocional dos profissionais na assistência;
- f) pela sobrecarga advinda do afastamento por comorbidades ou adoecimento de muitos profissionais;
- g) pelo sentimento de distanciamento contrário ao sentimento de união outrora presente entre os participantes da equipe de saúde.

Na categoria “Cooperação” surgiram experiências de colaboração suscitadas em meio à reorganização, imposição de novas regras de atendimento e necessidade de medidas de precaução e proteção da paciente, do próprio profissional e da equipe de saúde causadas pela vigência de uma pandemia. As atitudes de cooperação suscitadas em meio à reorganização dos serviços, sobrecarga e outras mudanças causadas pela vigência de uma pandemia citadas pelos profissionais foram:

- a) trabalharam além da carga horaria preestabelecida ou em horários que não costumavam e não gostavam devido à necessidade do serviço, da equipe e das pacientes movidos por um sentimento de “solidariedade”;

- b) se dispuseram a trabalhar em setor diferente da sua rotina e/ou especialidade;
- c) trabalharam além do que pensavam ter capacidade física e/ou profissional;
- d) cooperaram com a assistência dos outros profissionais em prol do paciente;
- e) houve uma identificação, união e empatia com relação ao medo e insegurança sentidos por todos;
- f) houve solidariedade com relação às perdas pessoais de entes queridos pelos colegas de equipe;
- g) se uniram em prol da “readequação” e acolhimento dos profissionais com necessidades especiais, devido a sequelas da infecção por covid-19 ou por coabitarem com familiares com critérios de risco, por exemplo;
- h) os gestores trabalharam na assistência;
- i) houve relatos de presenteísmo em que as pessoas não deixavam de comparecer ao trabalho mesmo na ausência de saúde física e/ou mental para tanto em prol do serviço, equipe e pacientes;
- j) investiram tempo e recursos próprios para proteger a si e ao grupo, comprando insumos e mantendo contato com as pessoas que se afastavam do serviço oferecendo-lhes assistência, por exemplo.

Neste contexto, o medo da doença, do risco do contágio, a insegurança, a impotência e a ansiedade foram sentimentos que marcaram as experiências vividas por estes profissionais, e as emoções suscitadas no trabalho durante a pandemia foram frequentemente mencionadas. Assim, ao abordar situações concretas, apresentaram-se repercussões em nível local de um evento de proporção global.

Assim, as mudanças na interação entre a equipe de saúde geradas por um momento de emergência de saúde pública e os sentimentos por este suscitados resultaram inicialmente em conflitos entre os profissionais, que se viam suscetíveis, expostos e sobrecarregados, e posteriormente em cooperação ao haver uma identificação entre os profissionais que os uniu, favorecendo o cuidado com a própria equipe de saúde, com as usuárias e com o processo de trabalho.

Portanto, este estudo possibilitou a compreensão de efeitos da pandemia nesse cenário e identificou evidências que podem fundamentar futuras decisões para atenuar impactos de crises sanitárias no sistema de saúde, garantindo a melhor atenção possível à população e condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde. Considera-se de suma importância que os profissionais de saúde e suas relações sejam vistos como fatores indispensáveis para uma melhor assistência à saúde materna.

## REFERÊNCIAS

ALESSI, G. Brasil já perdeu mais profissionais de enfermagem para o coronavírus do que Itália e Espanha juntas. **El País Brasil**, São Paulo, 6 maio 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-06/brasil-ja-perdeu-mais-profissionais-de-enfermagem-para-o-coronavirus-do-que-italia-e-espanha-juntas.html>. Acesso em: 10 set. 2022.

ARAÚJO, L. F. S. C. de *et al.* **Aspectos clínicos e terapêuticos da infecção da COVID-19**. Salvador, Rede CoVida, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/40662/Aspectos-clínicos-e-terapêuticos-da-infecção-da-COVID-19-1.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BAMBRA, C. *et al.* The COVID-19 pandemic and health inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 74, n. 11, p. 964-968, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>

BARBOSA, D. J.; GOMES, M. P.; GOMES, A. M. T. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 31, p. 31-47, 2020. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v31iSuppl%201.651>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARTON, J. R.; SAADE, G. R.; SIBAI, B. M. A proposed plan for prenatal care to minimize risks of COVID-19 to patients and providers: focus on hypertensive disorders of pregnancy. **American Journal of Perinatology**, New York, v. 37, n. 8, p. 837-844, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710538>.

BLANCO, L. F.; SACRAMENTO, J. Pós-pandemia ou a “endemização do (extra) ordinário”? Uma análise comparativa entre as experiências com a fome, Zika vírus e Covid-19 no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, n. 59, p. 183-206, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100010>.

BORGES, F. E. S. *et al.* Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 33, p. 1-15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm#:~:text=LEI%20N%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.&text=Altera%20a%20Lei%20n%208.080,Sistema%20Único%20de%20Saúde%20-%20SUS](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm#:~:text=LEI%20N%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.&text=Altera%20a%20Lei%20n%208.080,Sistema%20Único%20de%20Saúde%20-%20SUS). Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Leitos e Insumos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: [https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel\\_leitos.php](https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel_leitos.php). Acesso em: 3 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica nº 6/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 21 de março de 2020**. Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087595/notatecnicaneonatal30mar2020covid-19.pdf#:~:text=Nos%20locais%20em%20condição%20de,respiratória%20comprovada%20por%20COVID-19>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde: versão 9**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>. Acesso em: 30 maio 2022.

COSTA, T. P. *et al.* Os desafios da enfermagem obstétrica no início da pandemia da COVID-19 no Estado do Pará. **Research, Society and Development**, Itabira, v. 10, n. 3, p. e9510313042, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13042>.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. 1-9, 2021. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Hospital Universitário da UFMA: Histórico de competência e referência**. São Luís: Ebserh, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/apresentacao>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ESTEVÃO, A. Covid-19. **Acta Radiológica Portuguesa**, Lisboa, v. 32, n. 1, p. 5-6, 2020. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/actaradiologica/article/view/19800/15071>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FONTENELE, R. M. **O sofrimento além da dor: análise da narrativa de técnicos de enfermagem da unidade de terapia intensiva sobre sofrimento no trabalho**. 2018. 126 f. Tese (Doutorado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) – Universidade Ceuma, São Luís, 2018.

GALBRAITH, N. *et al.* The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. **BJPsych Bulletin**, London, v. 45, n. 2, p. 93-97, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>.

GIUSTI, E. M. *et al.* The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 11, p. 1684, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684>.

GROSSI, M.; TONIOL, R. **Cientistas sociais e o Coronavírus**. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. *E-book*. Disponível em: [http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim\\_CS/livro\\_corona/Livro\\_Cientistas%20Sociais\\_eo\\_Coronavi%CC%81rus.pdf](http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/livro_corona/Livro_Cientistas%20Sociais_eo_Coronavi%CC%81rus.pdf). Acesso em: 10 jun. 2022.

HERCULANO, M. M. S. *et al.* Vivência dos profissionais de enfermagem em emergência obstétrica de alto risco frente à pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210496, 2022. Número especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0496pt>.

HIRATA, H. Globalização, trabalho e gênero. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 9, n. 1, p. 111-128, 2005. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3770>. Acesso em: 10 jun. 2022.

KOH, D. Occupational risks for COVID-19 infection. **Occupational Medicine**, Oxford, v. 70, n. 1, p. 3-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036>.

MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19/ Fiocruz, 2021. *E-book*. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

MEDEIROS, E. A. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/actape/2020EDT0003>.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Os homens de ferro: estudos sobre os trabalhadores da Vale do Rio Doce em Itabira**. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

MIRANDA, F. B. G. *et al.* Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: scoping review. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-10, 2021. Número especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>.

ORNELL, F. *et al.* Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 12-16, 2020.

PASCHOALIN, H. C. **Presente no trabalho, mesmo doente**: o presenteísmo na enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_HeloisaCamposPaschoalin.pdf](http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_HeloisaCamposPaschoalin.pdf). Acesso em: 20 mar. 2022.

PRADO, A. D. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], n. 46, p. e4128, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>.

REIS, R. R. R.; SAMEA, B. L. H.; MOREIRA, D. H. A experiência de atendimento de pré-natal em tempos de pandemia de covid-19 The experience of prenatal care in times of the covid-19 pandemic. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 119356-119370, 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-617>.

RENFREW, M. J. *et al.* Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. **Midwifery**, Edimburgo, v. 88, p. 102759, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>.

REZENDE, C. B. Histórias de superação: parto, experiência e emoção. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 25, n. 54, p. 203-225, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000200008>.

RODAS, E. G.; FERNÁNDEZ, A. T.; CELI, M. P. Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. **Acta Médica Peruana**, Lima, v. 37, n. 2, p. 119-121, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.1033>.

RODRIGUES, M. E. N. G. *et al.* Communication in health work during the COVID-19 pandemic. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 38, n. 3, p. e09, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e09>.

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**: ensinamentos da pandemia. São Paulo: Boitempo Editorial, 2020.

SILVA, A.; QUEIROZ, E. O estresse e sua relação com a jornada de trabalho da enfermagem em Unidade Hospitalar. **Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 33-50, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.15601/2238-1945/pcnb.v1n1p33-50>

SILVA, J. P. B. *et al.* Análise epidemiológica de casos confirmados de COVID-19 em Caxias, Maranhão, Brasil. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, Ribeirão Preto, v. 6, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10817>.

SILVA, L. S. *et al.* Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, p. 1-8, 2020. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520>.

SILVA, M. V. M. Risco, medo e vulnerabilidade: uma análise narrativa sobre os profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. **Pensata: Revista dos Alunos do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UNIFESP**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 1-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34024/pensata.2021.v10.13024>.

SILVA, R. A. *et al.* 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. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1356-1367, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-116>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Neonatologia. **Prevenção e Abordagem da Infecção por COVID-19 em mães e Recém-Nascidos, em Hospitais-Maternidades**: nota de alerta. Curitiba: SBP, 2020a.

SOUZA, K. *et al.* Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. 1-7, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>.

SOUZA, V. R. D. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. 1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.

TEIXEIRA, C. F. D. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.

WANG, S. *et al.* A case report of neonatal COVID-19 infection in China. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 71, n. 15, p. 853-857, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa225>.

WEBER, M. Metodologia das ciências sociais. Tradução de Augustin Wernet. Introdução à edição brasileira de Maurício Tragtenberg. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

WILSON, N. *et al.* Case-fatality risk estimates for COVID-19: calculated by using a lag time for fatality. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 26, n. 6, p. 1339-14412, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid2606.200320>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19)**: interim guidance. Geneva: WHO, 2020a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19**: 11 March 2020. Geneva: WHO, 2020b.

WU, C. *et al.* Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with Coronavirus Disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 180, n. 7, p. 934-943, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS:  
QUESTIONÁRIO**



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

**“Pandemia de covid-19 na perspectiva de profissionais de saúde:  
insegurança e risco no ambiente de trabalho e na vida privada”**

**PARTE I- DADOS PESSOAIS**

|  |                   |                    |
|--|-------------------|--------------------|
| Nome do entrevistador  |                   | Data da entrevista |
| 1. Nome do entrevistado:   |                   | CÓD:               |
| 2. Nome da instituição em que trabalha:                              |                   |                    |
| 3. Tempo de trabalho nesta função:                                   |                   |                    |
| 4. Gênero (1) Masculino (2) Feminino (3) Não binário Descrever _____ |                   |                    |
| 5. Idade (anos):   | 6. Raça/cor:      |                    |
| 7. Nacionalidade:  | 8. Estado Civil:  |                    |
| 9. Tem filhos? ( ) sim ( ) não                                       | 10. Quantos?      |                    |
| 11. Escolaridade:  | 12. Religião:     |                    |
| 13. Profissão:   | 14. Cargo/função: |                    |

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: ROTEIRO DE ENTREVISTA



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

**“Pandemia de covid-19 na perspectiva de profissionais de saúde: insegurança e risco no ambiente de trabalho e na vida privada”**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### **Questão desencadeadora:**

Hoje nós vamos conversar sobre suas experiências de trabalho durante a pandemia de covid-19. Gostaria de saber vivências, sentimentos e também suas reflexões acerca desse período.

Antes de entrar propriamente nas questões relativas à assistência na Pandemia, gostaria que falasse um pouco sobre sua atuação profissional. (lugares em que trabalha, CH de trabalho total, tipos de vínculo, mudanças na atuação profissional? Qual (is) ?).

#### **1. Trabalho em assistência à saúde durante a pandemia**

- a) Neste hospital/maternidade, qual a função desempenha e há quanto tempo a exerce?  

---
- b) Qual o impacto da pandemia sobre organização do espaço hospitalar (fechamento de ambulatorios, abertura de alas/leitos para atendimento de pacientes covid-19, mudança no uso de espaços, p.ex.copa, que antes da pandemia funcionava como lugar de sociabilidade de funcionários nos horários de intervalo, as condições de alojamentos/repouso para profissionais)
- c) Com relação aos serviços, que tipos de mudanças ocorreram? (Redução, suspensão e/ou implementação de novos serviços). Quais? Poderia descrevê-las? Quanto à demanda por serviços, houve aumento ou diminuição?
- d) Houve mudanças na composição da equipe? Profissionais da sua equipe adoeceram? A pandemia provocou mudanças nas relações da equipe de trabalho? E no relacionamento entre profissionais e pacientes? (sobre relações de Cooperação / conflito)
- e) Quanto à disponibilidade e adequação de equipamentos (respiradores), medicamentos, EPIs e instruções de uso, qual sua avaliação? Você pensa que recebeu treinamentos suficientes? (Protocolos) (Meios de trabalho).

- f) No âmbito da assistência à saúde materna e neonatal, como avalia os efeitos da Pandemia atualmente? na oferta (disponibilidade/ qualidade) de serviços às usuárias.
- g) No momento da pandemia, como era para você sair de casa e ir ao trabalho, se aproximar dos pacientes, se aproximar dos colegas de trabalho e voltar para casa? (A percepção do risco e as medidas de segurança no limite entre a casa e o trabalho)
- h) Na sua percepção como avalia a resposta da rede de saúde para a assistência à saúde da população?

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

O que mudou na sua rotina com a casa e com a família? Quais as mudanças na organização do trabalho doméstico a pandemia provocou? Quem morava com você? Fale sobre como a pandemia, as medidas de isolamento/restrrição de circulação – lockdown - afetaram sua vida em relação a ter com quem contar nos cuidados da casa ou dos filhos. Lembrar: cuidado com filhos, escolas fechadas, aulas online. (Experiência da pandemia na vida privada – mudanças, percepção de risco e segurança)

- 3. No começo da Pandemia, quais os seus pensamentos e sentimentos a respeito das notícias veiculadas?**
- 4. Atualmente, quais suas expectativas em relação ao futuro? Existiria um retorno à “normalidade”? Como seria?**
- 5. Tem mais alguma coisa acerca das mudanças provocadas pela pandemia que você gostaria de falar?**

## **APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “Pandemia de covid-19 na perspectiva de profissionais de saúde: insegurança e risco no ambiente de trabalho e na vida domiciliar”.

O presente estudo visa “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”. Desse modo, o principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à assistência dos sistemas de saúde, no entanto, há um benefício indireto aos profissionais participantes da pesquisa, já que compreender os efeitos da pandemia poderá contribuir para reorganização de diversos modelos de trabalho atuais, possibilitando melhores condições de atuação.

A sua participação será respondendo perguntas que serão feitas em entrevista individual por meio de um roteiro. Também serão perguntadas informações sobre idade, ocupação e outras características pessoais, e de dados relativos à formação e tempo de experiência profissional, dentre outros.

É importante ressaltar que o(a) Sr.(a) poderá, imediata ou tardiamente, sofrer algum desconforto emocional, pois as perguntas poderão remeter a situações ruins vividas pelo(a) Sr.(a), constrangimento ou lembranças de vivências pregressas desagradáveis, assim, os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo e/ou agendando um outro horário para a entrevista que seja conveniente para o(a) Sr.(a), garantindo o apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Sua participação se dará de modo voluntário sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento.

Durante todo o período da pesquisa o (a) Sr.(a) 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 o(a) Sr.(a) 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)

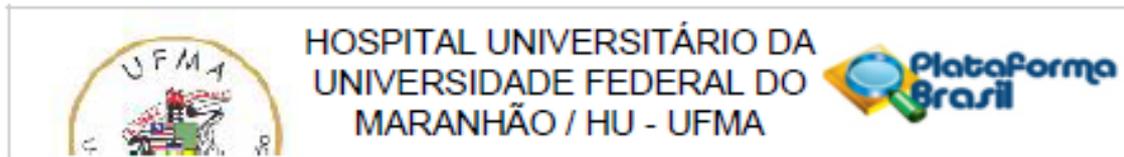
Agradecemos muito a sua colaboração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

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

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### 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

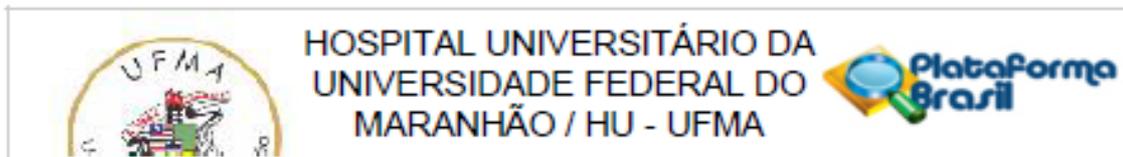
Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

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 08 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 pelos 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

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

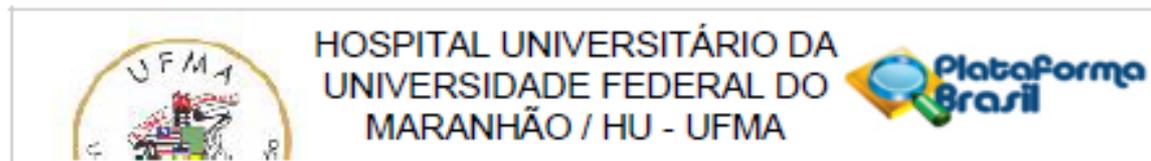
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

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

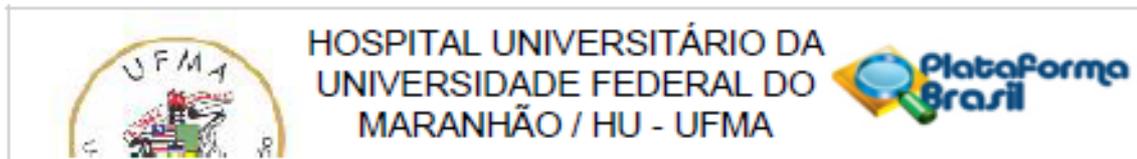
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

/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

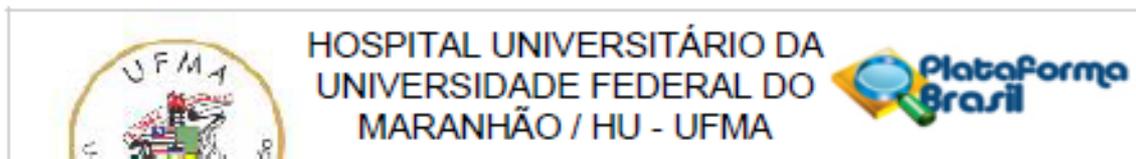
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

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

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

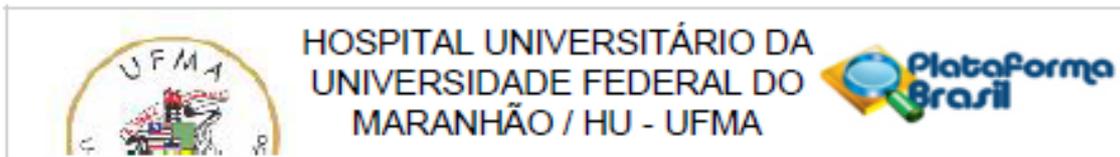
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

estruturada, semiestruturada e grupos focais, que utilizarão roteiro de entrevista semiestruturado, 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

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

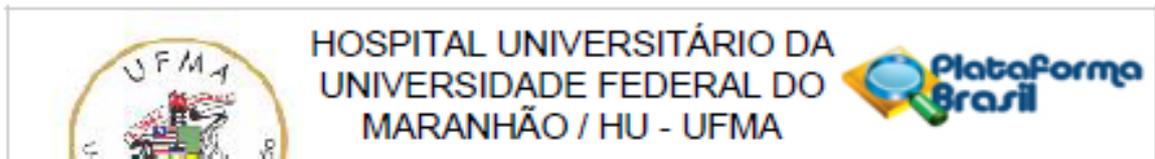
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

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:**

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

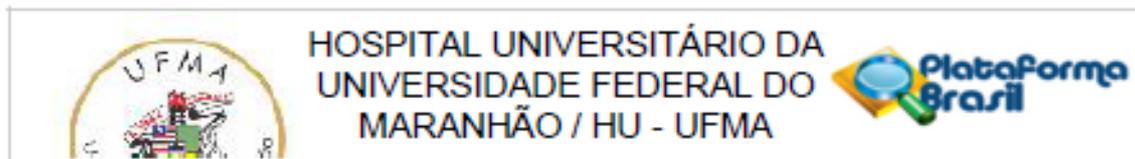
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.206

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.

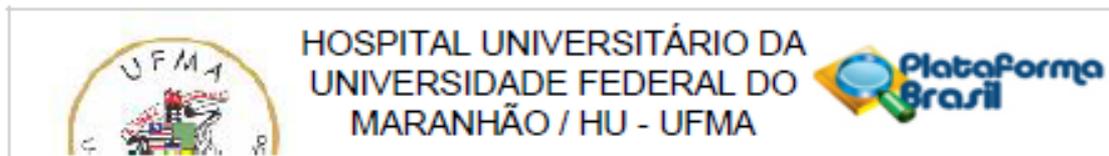
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

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.

|                                       |                       |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 | CEP: 65.020-070       |
| Bairro: CENTRO                        |                       |
| UF: MA                                | Município: SAO LUIS   |
| Telefone: (98)2109-1250               | E-mail: 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<br>08:23:41 | Rita da Graça<br>Carvalho Frazão<br>Corrêa | Aceito   |
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1595362.pdf | 07/08/2020<br>20:34:45 |  | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Solicitacao_dispensa_TCLE.pdf                 | 07/08/2020<br>20:33:31 | Francenilde Silva de Sousa                 | Aceito   |
| Outros  | Carta_Resposta_Pendencias.pdf                 | 07/08/2020<br>20:32:57 | Francenilde Silva de Sousa                 | Aceito   |
| Outros  | Termo_compromisso_dados.pdf                   | 07/08/2020<br>20:31:55 | Francenilde Silva de Sousa                 | Aceito   |
| Parecer Anterior  | PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4185092.pdf    | 07/08/2020<br>20:30:50 | Francenilde Silva de Sousa                 | Aceito   |
| Outros  | TCLE_subprojetoVIII.pdf                       | 07/08/2020<br>20:30:39 | Francenilde Silva de Sousa                 | Aceito   |
| Outros  | TALE_subprojetoVII.pdf                        | 07/08/2020<br>20:30:11 | Francenilde Silva de Sousa                 | Aceito   |
| Outros  | TCLEb_subprojetoVII.pdf                       | 07/08/2020<br>20:29:47 | Francenilde Silva de Sousa                 | Aceito   |
| Outros  | TCLE_subprojetoVII.pdf                        | 07/08/2020<br>20:29:22 | Francenilde Silva de Sousa                 | Aceito   |
| Outros  | TCLE_subprojetoVI.pdf                         | 07/08/2020             | Francenilde Silva de                       | Aceito   |

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

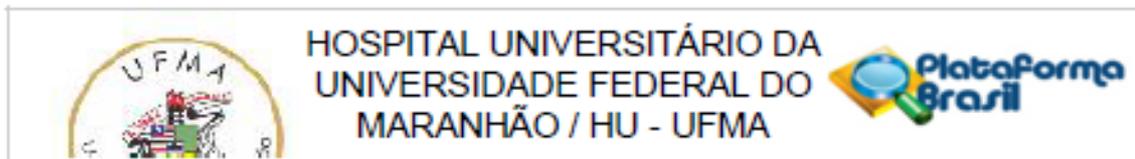
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

|   |   |                        |                            |        |
|---|---|------------------------|----------------------------|--------|
| Outros  | TCLE_subprojetoVI.pdf                     | 20:29:01               | Sousa                      | Aceito |
| Outros  | TCLE_subprojetoV.pdf                      | 07/08/2020<br>20:28:23 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Outros  | TCLE_subprojetoIV.pdf                     | 07/08/2020<br>20:27:51 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador         | Projeto_COVID.docx                        | 07/08/2020<br>20:26:34 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Orçamento   | Base_de_Custos.pdf                        | 27/07/2020<br>16:33:32 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Outros  | anuencia_SES.pdf                          | 24/07/2020<br>20:58:58 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores                       | Declaracao_pesquisadores.pdf              | 23/07/2020<br>22:46:51 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Declaração de concordância                        | Declaracao_concordancia_pesquisadores.pdf | 23/07/2020<br>22:37:30 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Outros  | anuencia_SEMUS.pdf                        | 23/07/2020<br>22:27:11 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Cronograma  | Cronograma.pdf                            | 23/07/2020<br>22:16:38 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura        | Declaracao_apoio_infraestrutura_UFMA.pdf  | 23/07/2020<br>22:15:10 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável | Solicitacao_pesquisador_responsavel.pdf   | 23/07/2020<br>22:14:56 | Francenilde Silva de Sousa | Aceito |
| Folha de Rosto                                    | Folha_de_Rosto.pdf                        | 23/07/2020<br>21:38:05 | Francenilde 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 Carvalhal 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 B – 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 Paz 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 C – INSTRUÇÕES AOS AUTORES – REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

## 1 INSTRUÇÕES AOS AUTORES

### 1. POLÍTICA EDITORIAL

A **REBEn** é um periódico de acesso aberto (*open access*) revisado por pares que tem a missão de divulgar a Ciência da Enfermagem e da Saúde.

Aceita manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. É publicada somente na versão eletrônica e em fluxo contínuo. Os conteúdos publicados na REBEn estão sob licença da Creative Commons (CC-BY) Atribuição 4.0 Internacional.

Manuscritos redigidos em português ou espanhol, deverão ser traduzidos para o inglês, em sua versão **final**, após o aceite do artigo. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **REBEn**, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s).

A **REBEn** tem a política consolidada de preservação digital juntamente com o SciELO.

A **REBEn** endossa as práticas de ciência aberta que consistem no conhecimento transparente e acessível que é compartilhado e desenvolvido por meio de redes de trabalhos colaborativos (FOSTER Open Science Definition).

Diante desta definição, e objetivando aumentar o rigor, a responsabilidade e a reprodutibilidade da pesquisa em prol da transparência, qualidade e rapidez, conforme as recomendações TOP - *Transparency and Openness Promotion*, a **REBEn** aceita manuscritos provenientes de servidores *preprints* para o processo de avaliação pelos pares.

#### 1.1 Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa

A REBEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html).

#### 1.2 Casos que exigem correções, retratações e expressões editoriais de preocupação

A REBEn adota as recomendações dos códigos de condutas ética em publicação do *Committee on Publication Ethics (COPE)*.

Adota também o sistema Ithenticate para identificação de similaridade. Práticas que ferem a integridade científica, tais como plágio, autoplágio, fabricação de dados, publicação redundante e com conflitos de interesse não divulgados, podem ser identificados durante o processo de revisão ou mesmo após a publicação.

Uma vez identificados serão levadas para avaliação de membros do Conselho Editorial e seguirão o fluxograma fornecido pelo COPE para que seja tomada a devida decisão, tais como: embargo, suspensão de publicar no periódico por período determinado pelo Conselho Editorial, publicação de carta de preocupação ou ainda retratação do manuscrito publicado, destacando o(s) motivo(s) para a retratação.

Os autores serão imediatamente comunicados de todas as etapas deste processo, bem como da decisão final.

A REBEn estimula a submissão de cartas ao editor, onde os leitores possam apresentar suas críticas e/ou solicitar esclarecimento de eventuais dúvidas suscitadas por um artigo publicado recentemente no periódico.

### 1.3 Conflito de Interesse

A **REBEn** exige que todos os autores do manuscrito declarem quaisquer fontes potenciais de conflitos de interesse. Qualquer interesse ou relacionamento, financeiro ou outro, ou crenças pessoais, religiosas ou políticas que possam ser percebidas como influenciando a objetividade de um autor são considerados uma fonte potencial de conflito de interesses. Fontes potenciais de conflito de interesse incluem, mas não estão limitadas a: patente ou propriedade de ações, participação em um conselho de administração de uma empresa, participação em um conselho consultivo ou comitê de uma empresa e consultoria ou recebimento de honorários de palestrante de uma empresa. A existência de conflito de interesses não impede a publicação. Se os autores não tiverem conflito de interesses a declarar, devem declarar na submissão do manuscrito, na carta ao editor. É responsabilidade do autor correspondente revisar esta política com todos os autores e, coletivamente, divulgar com a submissão **TODAS** as relações comerciais e outras pertinentes.

**A declaração de conflito de interesse deve ser informada no momento de submissão do manuscrito pelo sistema ScholarOne.**

### 1.4 Pesquisas Experimentais e com seres humanos ou animais: aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

A **REBEn** considera condição *sine qua non* para publicação que os manuscritos submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e/ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012, o(s) autor(es) brasileiros deve(m) mencionar no manuscrito a aprovação do projeto por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando a pesquisa tiver sido executada em outro país.

Na pesquisa experimental envolvendo animais deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do §1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais, e as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., EUA), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA, de 1991. Essas informações devem constar no método de acordo com a recomendação do ARRIVE.

Na seção **MÉTODOS**, indique se a pesquisa que deu origem ao seu manuscrito foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do seu país, ou apresente a justificativa em caso de isenção na seguinte forma:

“O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ou Comitê de Ética) do [NOME DA INSTITUIÇÃO], cujo parecer está anexado à presente submissão. OU “Revisão ética e aprovação foram dispensadas para este estudo, devido ao MOTIVO (forneça uma justificativa detalhada).”

#### **Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido:**

Qualquer artigo de pesquisa que descreva um estudo envolvendo seres humanos deve conter esta declaração em **MÉTODOS**.

“O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio [ESCRITO, ONLINE; ENTRE OUTROS]”. OU

“O consentimento do paciente foi dispensado por MOTIVO (por favor, forneça uma justificativa detalhada).” OU “Não aplicável” para estudos que não envolvam humanos.

Caso julguem necessário, os editores podem solicitar mais informações.

## 2. CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

A **REBEn** considera para publicação somente os artigos que atendem aos padrões de qualidade estabelecidos pelas diretrizes para produção de pesquisa em saúde – Enhancing the Quality and Transparency of Health Research Network (EQUATOR). É obrigatório indicar no método em desenho do estudo qual instrumento do Equator foi utilizado para nortear a pesquisa (<https://www.equator-network.org/toolkits/selecting-the-appropriate-reporting-guideline/>, <https://clinical-trials.ai>, [https://doi.org/10.1136/bmj.m3164\[1\]](https://doi.org/10.1136/bmj.m3164[1]), [https://doi.org/10.1136/bmj.m3210\[2\]](https://doi.org/10.1136/bmj.m3210[2]), <https://doi.org/10.1136/bmj.m>

3505[3] e as revisões sistemáticas devem seguir as orientações atualizadas no guideline PRISMA[4]. O não cumprimento dessa norma levará ao arquivamento do manuscrito.

[1] Liu X, Rivera S C, Moher D, Calvert M J, Denniston A K. Reporting guidelines for clinical trial reports for interventions involving artificial intelligence: the CONSORT-AI Extension BMJ 2020; 370 :m3164. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3164>

[2] Rivera S C, Liu X, Chan A, Denniston A K, Calvert M J. Guidelines for clinical trial protocols for interventions involving artificial intelligence: the SPIRIT-AI Extension BMJ 2020; 370 :m3210. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3210>

[3] Wynants L, Smits L J M, Van Calster B. Demystifying AI in healthcare BMJ 2020; 370 :m3505. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3505>

[4] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

#### Tipos de artigos considerados:

- **Editorial:** texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento com repercussão para Enfermagem e Saúde. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo até **quatro referências**, quando houver.
- **Artigos originais:** estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de caso-controle, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso e estudos qualitativos. Os artigos originais devem conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo os resumos, **50 referências e até oito autores**.
- **Revisão:** utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta- ou *metassíntese e revisão de escopo*. As revisões devem conter no máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo os resumos, **50 referências e até seis autores**.
- **Reflexão** – Formulação discursiva aprofundada, focalizando um conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos ou práticos. Deve conter no máximo **dez (10) páginas**, incluindo os resumos, **dez referências e até quatro autores**.
- **Relato de Experiência, Atualização e/ou Inovação Tecnológica** – Estudo que se descreve situações da prática e/ou **inovação tecnológica** (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter no máximo **dez (10) páginas**, incluindo os resumos, **dez referências e até quatro autores**.
- **Carta ao Editor** - máximo **uma página**.
- **Resposta do autor** - máximo **250 palavras**.

**Categoria de Manuscritos – Checklist**

| <b>Categoria</b>   | <b>Manuscrito (n. de págs.)</b> | <b>Autores (n.)</b> | <b>Referências (n.)</b> |
|--|---------------------------------|---------------------|-------------------------|
| Artigos Originais  | 15                              | 8                   | 50                      |
| Revisão  | 20                              | 6                   | 50                      |
| Reflexão   | 10                              | 4                   | 10                      |
| Relato de Experiência, Atualização e/ou Inovação Tecnológica | 10                              | 4                   | 10                      |
| Carta ao Editor  | 1                               | -                   | -                       |
| Editorial  | 2                               | -                   | 4                       |

#### 2.1 Registro de Estudos Clínicos, Revisões Sistemáticas e outras Revisões

- A **REBEN** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Dessa forma, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – REBEC)

(<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/> ou <http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx>). O número de identificação do registro deve ser inserido na seção “Métodos”

- Os estudos randomizados devem seguir as diretrizes **CONSORT**. Esta declaração fornece uma abordagem baseada em evidências para melhorar a qualidade dos relatórios de ensaios clínicos. Todos os manuscritos que descreverem um estudo clínico devem incluir o Diagrama de Fluxo **CONSORT** mostrando o número de participantes de cada grupo de intervenção, bem como a descrição detalhada de quantos pacientes foram excluídos em cada passo da análise de dados. Todos os testes clínicos devem ser registrados e disponibilizados em um site de acesso livre. O protocolo do ensaio clínico (incluindo o plano de análise estatística completa) deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito (<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-11-9>)
- **REBEn** encoraja o registro de estudos observacionais, tais como de coorte e caso controle nas Plataformas REBEC – ou similares com a Clinical Trial. Para maiores informações acesse: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960148-1/fulltext>
- Revisões sistemáticas devem seguir o protocolo PRISMA e devem fornecer o número de registro de protocolo no banco de dados PROSPERO.
- Artigos apresentando estudos clínicos ou revisões sistemáticas sem protocolos de registro serão prontamente rejeitados sem revisão por pares.
- As revisões de escopo, devem seguir as diretrizes (<http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>) e incentiva que os protocolos sejam disponibilizados em repositórios de acesso e livre, como a OSF – Open Science Framework.

## 2.2 Dados de Pesquisa

A **REBEn** incentiva o depósito e o compartilhamento de dados de pesquisa que apoiam a publicação do artigo. Os dados de pesquisa referem-se aos resultados de observações ou experimentações que validam os resultados da pesquisa. Para possibilitar a reprodutibilidade e a reutilização de dados, a **REBEn** recomenda que partir de 2021 e obrigatoriamente a partir de 2022, o depósito e o compartilhamento do projeto de pesquisa, relatórios parciais da pesquisa, softwares, códigos, modelos, algoritmos, protocolos, procedimentos operacionais, metodologias de fluxo de trabalho, cadernos de campo, diários, questionários, fitas de áudio ou vídeo, métodos e outros materiais úteis relacionados ao projeto em um repositório público de dados.

Repositório de Dados é um banco de dados onde são armazenados conteúdos digitais e recursos que podem ser pesquisados e recuperados para uso posterior. Há uma variedade de repositórios brasileiros na qual é possível depositar os dados de pesquisa. Um exemplo é o SCIELO Data. As Universidade do Estado de São Paulo (USP, UNIFESP, UNICAMP, ITA, entre outras) desenvolveram um metabuscador no qual é possível realizar uma busca em uma diversidade de repositórios de dados: <https://metabuscador.uspdigital.usp.br/>. Para encontrar o repositório mais apropriado, bem como informações sobre como depositar, compartilhar e usar dados de pesquisa e outros materiais relevantes, consulte: <https://www.re3data.org/> e <https://fairsharing.org>.

Para os autores de manuscrito que estão compartilhando seus dados, a **REBEn** encoraja a citar e linkar os mesmos no manuscrito, no capítulo MATERIAL SUPLEMENTAR, APÓS A CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS E ANTECEDENDO a seção de Referências).

## 2.3 Aceitação de publicações *Preprints*

A **REBEn** aceita manuscritos que foram previamente depositados em um servidor não comercial de *preprints*, desde que não tenham sido submetidos a revisão por pares em outro periódico simultaneamente.

O *preprint* consiste em uma versão completa do artigo científico que ainda não foi revisado por pares. Os *preprints* operam independentemente do periódico e a publicação de um *preprint* não afeta o processo de revisão por pares.

O autor responsável pela submissão deve informar se o manuscrito está depositado em um servidor de *preprints* e obrigatoriamente fornecer o DOI correspondente. O manuscrito deve obedecer a uma licença que permita compartilhar o material em qualquer suporte ou formato (Creative Commons - CC-BY).

São exemplos de servidores nacionais o SciELO Preprint o Emerging Researcher Information (EmeRI) e internacionais o Medrxiv.

A **REBEn** recomenda o preenchimento do Formulário sobre **Conformidade com a Ciência Aberta** que deve ser submetido como arquivo suplementar ao manuscrito e que ficará acessível aos revisores.

## 2.4 Responsabilidade da Autoria

A autoria confere crédito e tem importantes implicações acadêmicas, sociais e financeiras. A autoria implica responsabilidade pelo trabalho publicado. Para todos os autores que tiveram contribuições intelectuais e

substanciais no manuscrito, a **REBEn** exige que cada autor especifique suas contribuições no trabalho. O autor correspondente ou autor que encaminhou o trabalho indicará, durante o processo de submissão, a garantia e a exatidão da integridade de todos os dados relatados no manuscrito (**Modelo de Declaração – encaminhar como arquivo suplementar**).

A **REBEn** segue a recomendação da ICMJE, que se baseia nos critérios descritos a seguir:

1. concepção ou desenho do estudo/pesquisa;
2. análise e/ou interpretação dos dados;
3. revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

Todos os colaboradores que não atendam aos critérios de autoria devem ser listados na seção **Agradecimentos**, bem como o apoio financeiro das agências de fomento.

Para manuscritos publicados previamente em servidores *preprints* orienta-se que sejam mantidos os mesmos autores, com base nos critérios já descritos.

<sup>1</sup>Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

### 3. PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os **manuscritos somente serão aceitos**, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível nos Templates e preparados da seguinte forma:

Arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

#### 3.1 Página de Título (Template 1)

- **Título do artigo:** até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Recomenda-se que o título seja composto utilizando pelo menos 3 descritores;
- **Autoria:** Nome completo dos autores. A afiliação de cada autor deve conter as informações: universidade, cidade, país e ORCID (todos os autores devem ter o identificador ORCID – *Open Researcher and Contributor ID*);
  - Um autor correspondente deve ser indicado com o endereço do e-mail e foto.
- **Resumo:** resumo limitado a 150 palavras no mesmo idioma do manuscrito. Deverá estar estruturado em Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais;
- **Descritores:** devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol). Descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS e em inglês do MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>);
- **Fomento e Agradecimento:** Informar a instituição de fomento. Agradecimentos são opcionais para participantes não considerados autores.

#### 3.2 Estrutura do texto

**Não** devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito e no resumo. Para tabelas e figuras com abreviações é obrigatório inserir em nota de rodapé da tabela ou figura. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses após o termo por extenso.

- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, e
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:
  - Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;
  - No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas, sem itálico e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;
  - Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5)].
  - Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5).], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].

- As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.
- Apêndices e anexos serão desconsiderados.

### 3.3 Documento Principal (Template 2)

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

- **Título do artigo:** até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Componha seu título utilizando pelo menos 3 descritores;
- **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito**. Deverá estar estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais).
- **Descritores:** devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol). Para descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br> e inglês do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>
- **Corpo do texto:** consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito. A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.**
- **Ilustrações:** tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, entre outros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito e ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de cinco**.
- **Figuras e Tabelas Figuras:** Devem ter obrigatoriamente legendas, sendo para figura a legenda deve ser na parte inferior e a identificação de tabelas e quadros deve estar na parte superior, seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.** As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>
- As ilustrações devem ser enviadas em seus **arquivos editáveis originais dos programas de origem**, ou exportados vetorizados nos formatos EPS ou PDF.
- Abreviações devem ser inseridas por extenso em nota de rodapé da tabela e/ou figura.
- **Subtítulos:** os subtítulos do **Método e Discussão** devem ser destacados em negrito conforme recomendação do **CHECKLIST**.
- **Fomento e Agradecimentos** deverão ser citados antes do capítulo das referências. Em Fomento é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na versão final após aceite. Em Agradecimentos são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na versão final após aceite.
- **Referências:** o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da *National Library of Medicine* (NLM) em *Citing Medicine* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. A **REBEn** sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção SciELO e RevEnf.
- Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.

Evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (*Magazines*) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: *Handbook Cochrane*).

A REBEn incentiva o uso do DOI, pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico. Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa bem como a data de acesso em que foi consulta.

Serão aceitas até 3 referências de *preprint* (opcional).

Sugestão: A REBEn aceita referências de *preprint* desde que extremamente necessária. Sugerimos fortemente que durante o processo de avaliação por pares e a prova de prelo os autores verifiquem se a versão citada já foi publicada e atualizem com a referência do periódico correspondente.

**Exemplos mais comuns de referências:**

**Artigos com o identificador DOI:**

Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 5):2323-33. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0429>.

**Artigos Eletrônicos:**

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

#### Artigos em outro idioma

Cruz MSD, Bernal RTI, Claro RM. [Trends in leisure-time physical activity in Brazilian adults (2006-2016)]. *Cad Saude Publica*. 2018. 22;34(10):e00114817. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114817> Portuguese.

#### Livro

Jenkins PF. Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide. New York: Oxford University Press; 2005. 194 p.

#### Livro na Internet

Higgins JP, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [Internet]. Version 4.2.6. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2006 [cited 2018 Oct 15]. 257 p. Available from: <http://www.cochrane.org/resources/handbook/handbook.pdf>

#### Preprint

Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Medrxiv*. 2018. Preprint(v.2) [cited 2019 Oct 12]. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0429>.

#### Vídeos

**No Youtube:** Viseu Now. Entrevista Marco Machado, enfermeiro em Londres [Internet]. Viseu Now; 2020 Mar 24. [cited 2020 Apr 12]. Video: 7 min 18 seg. Available from: <https://youtu.be/bJ9fDzVWOz4>

**No figshare:** Plessis-Faurie, Alida S. A Mother and Preterm Infant in a South African Informal Settlement [Internet]. Visualise Your Thesis. Presentation; 2019 [cited 2020 Nov 13]. Video: 1 min 13 seg. Available from: [https://figshare.com/articles/presentation/A\\_Mother\\_and\\_Preterm\\_Infant\\_in\\_a\\_South\\_African\\_Informal\\_Settlement/9992606](https://figshare.com/articles/presentation/A_Mother_and_Preterm_Infant_in_a_South_African_Informal_Settlement/9992606) doi: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.9992606.v1>

- **Citação e Referência de Dados de Pesquisa e Outros Conteúdos:** a REBEn encoraja citar arquivos de dados, códigos de programas e outros conteúdos subjacentes ou relevantes em seu manuscrito, citando no texto e incluindo a referência dos dados em Referências. A REBEn endossa os Princípios de Citação de Dados da FORCE 11 (*FORCE 11 Data Citation* - <https://www.force11.org/datacitationprinciples>) que indica que todos os conjuntos de dados disponíveis publicamente sejam totalmente referenciados na lista de referência com um número de acesso ou identificador exclusivo, como um identificador de objeto digital (DOI). Para maiores informações, consulte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7273/#A57722>

#### Exemplo:

**Dados de Pesquisa:** Coin L. Genomics of development and disease [dataset]. 2014 Jun 1 [cited 2017 Jun 9]. The University of Queensland. Available from: <https://doi.org/10.14264/uql.2016.583>.

**Dados de Repositório:** Global Health Observatory Data Repository [Internet]. Geneva: WHO. [cited 2019 Jul 3]. Available from: <http://www.who.int/gho/database/en/>.

**Dados depositados em Repositórios:** Zimmermann B, Tkalčec Z, Mešić A, Kohler A. Characterizing aeroallergens by infrared spectroscopy of fungal spores and pollen [dataset]. 2015 Apr 27 [cited 2019 Jul 3]. Dryad Digital Repository. Available from: <https://datadryad.org/resource/doi:10.5061/dryad.f4v0s>. Referenced in doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124240>.

**Dados descritos em artigos:** Mann C, Kane L, Dai M, Jacobson K. Description of the 2012 NEMSIS public-release research dataset. *Prehosp Emerg Care*. 2015;19(2):232-40. <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.959219>.

## 4. PROCESSO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

manuscritos devem ser submetidos à REBEn por meio da URL <http://www.scielo.br/reben/>, acessando o link *Submissão Online*.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: REBEn 2020-0001).

Tópicos do Checklist:

- Página de Título (**Template 1**);
- Documento Principal no Modelo Indicado (**Template 2**);
- Declaração de Responsabilidade pela Autoria e de Ciência das Instruções da REBEn aos autores (**Modelo de Declaração**);
- Carta ao Editor (*cover letter*);

- Comprovante de **aprovação** do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- Comprovante de pagamento de taxa de conformidade **com o nome do pagante e data de pagamento visíveis**.
- Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta

O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um *login*, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Só serão verificados pelo escritório editorial quanto à adequação às normas, os manuscritos que estiverem formatados no modelo de submissão. Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn, seguir rigorosamente o **CHECKLIST** e ter todos os documentos necessários para submissão. É obrigatório o preenchimento completo dos metadados no formulário de submissão.

Cada documento deve ser anexado, separadamente, no campo indicado pelo sistema.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor criando/associando o cadastro do ORCID (*Open Research and Contributor ID*). Todos os autores devem ter o cadastro associado ao ORCID atualizado.

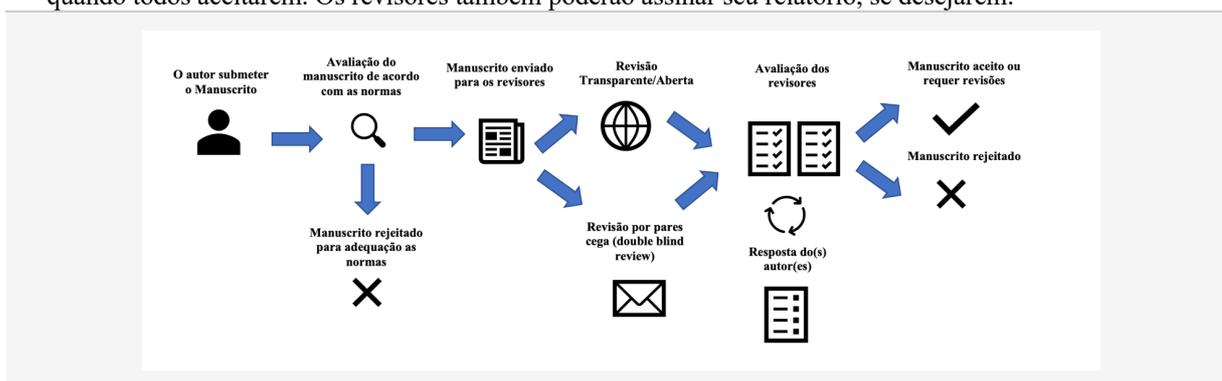
Os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para avaliação do manuscrito. **Estes indicados deverão ser obrigatoriamente doutores, não ter conflito de interesses e não pertencer a instituições de qualquer dos autores.** Os pareceristas podem ser acatados ou não pelos editores associados. Possíveis revisores podem ser localizados na plataforma lattes de acordo com a temática do manuscrito.

**Os manuscritos que não se adequem às normas na segunda rodada do *checklist* serão arquivados sem devolução da taxa de conformidade.**

## 5. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

A REBEn adota, para manuscritos aprovados e que não tenham sido disponibilizados em servidores de *preprints*, a avaliação duplo-cega (*double-blind review*) que é constituído por dois ou mais árbitros designados para realizar a revisão do manuscrito. Para manuscritos previamente publicados em servidores de *preprints* a REBEn entende que não é possível garantir o anonimato dos autores, sendo garantido apenas dos revisores envolvidos no processo. Para os dois casos, o nome do Editor Associado (EA) envolvido com o processo de *peer review* é publicado junto com o manuscrito.

Com o objetivo de tornar o processo de revisão por pares mais transparente e apoiada nos preceitos da ciência aberta, a partir de 2021 a REBEn adotará o processo transparente de revisão por pares (Figura 1), que consiste em compartilhar o relatório de revisão emitido pelos revisores mas sem a identificação destes. A partir de 2022 a REBEn oferecerá aos autores e revisores a possibilidade de optar por exibir os relatórios dos revisores (e as respostas dos autores) junto com o artigo publicado. O conteúdo da revisão por pares só aparecerá quando todos aceitarem. Os revisores também poderão assinar seu relatório, se desejarem.



**Figura 1** - Conceito de Revisão Por Pares Transparente/Aberta e Cega

### 5.1 Decisão Editorial e Revisão

Todos os artigos publicados na REBEn passam pelo processo de revisão por pares e recebem pelo menos duas revisões. O Editor Chefe tomará e comunicará a decisão, que será uma das seguintes:

#### Menores revisões

O manuscrito é recomendado pelo Editor Associado e revisores; e necessita de poucas mudanças, que levam pouco tempo (sete dias) e envolvem menos da metade das seções do manuscrito.

#### Maiores revisões

A aceitação do manuscrito dependeria de muitas revisões que levam um tempo considerável (15 dias) e envolvem até 75% das seções do manuscrito. Essa decisão implica mudanças significativas nas seções método e resultados, no entanto, não é necessário fazer novas tabelas por completo ou refazer experimentos e testes estatísticos. O autor deve fornecer uma resposta ponto a ponto ou uma refutação, se alguns dos comentários do revisor não puderem ser revisados. Normalmente, apenas uma rodada de grandes revisões é

permitida.

### **Rejeitar e Resubmeter**

O manuscrito precisa de substanciais mudanças, sobretudo no método e resultados exigindo que sejam refeitas tabelas por completo ou refazer experimentos e testes estatísticos. Essas mudanças levariam mais de 30 dias, mas os resultados têm muito potencial de interesse para a comunidade. Se forem necessários experimentos / testes adicionais para apoiar as conclusões, o manuscrito será rejeitado e os autores serão encorajados a reenviar o artigo, que será novamente enviado à revisão por pares com os mesmos revisores e editor associado.

### **Rejeitar após revisão por pares**

Após a revisão por pares, os revisores apontaram não existir originalidade o suficiente para o texto ser considerado competitivo ou existir equívocos significativos que não serão superados por revisões. O artigo tem falhas graves e/ou não traz nenhuma contribuição original significativa. Nenhuma oferta de resubmissão à revista é fornecida.

Em todas as decisões que permitem uma nova rodada ou resubmissão, todos os comentários dos revisores e editores devem ser respondidos ponto a ponto de forma objetiva e sustentada na literatura.

### **Rejeitar imediatamente (antes da revisão por pares)**

Quando o texto não se encaixa no escopo da revista ou quando não se encaixa nas nossas prioridades editoriais: manuscritos com alto grau de originalidade, métodos robustos, resultados claros e escrita científica de alto nível compatível com periódicos de circulação internacional como a REBEn.

### **5.2 Recursos do autor**

Os autores podem recorrer de uma decisão editorial enviando um e-mail para o Escritório Editorial REBEn, desde que o texto tenha passado por pelo menos uma rodada de revisão por pares. Ou seja, não é possível recorrer à decisão **Rejeitar imediatamente**.

O recurso deve fornecer uma justificativa detalhada, incluindo respostas ponto a ponto aos comentários dos revisores e/ou do Editor. O Editor-Chefe da revista encaminhará o manuscrito e as informações relacionadas (incluindo as identidades dos revisores) a um Editor Associado e um membro do Conselho Editorial para deliberação. Estes serão solicitados a fornecer uma recomendação consultiva sobre o manuscrito e poderá recomendar a aceitação, revisão adicional por pares ou manter a decisão original de rejeição. Uma decisão de rejeição nesta fase é final e não pode ser revertida.

## **6. REVISÃO TÉCNICA DE LÍNGUA PORTUGUESA E TRADUÇÃO DE MANUSCRITOS**

Quando o artigo for aceito, o autor receberá um e-mail do escritório editorial com instruções sobre:

- Tradutores e revisores certificados pela REBEn relacionados neste documento;
- Os documentos a serem enviados no template final (disponibilizado apenas pelo escritório).

A devolutiva do manuscrito nas versões traduzidas, revisadas e certificadas bem como o comprovante de pagamento da taxa de editoração **com o nome do pagante e data de pagamento visíveis**, deverão ser encaminhados ao e-mail [reben@abennacional.org.br](mailto:reben@abennacional.org.br) no prazo de **até 25 dias corridos**. Este prazo não atendido e a não conformidade com o modelo (**Template final enviado pelo escritório**), ocasionará o **arquivamento** do manuscrito.

**Nesta oportunidade, verifique cuidadosamente o envio do manuscrito de acordo com o template final (nome dos autores, instituição ORCID, ordem de autoria). O Conselho Editorial decidiu a cobrança no valor de R\$ 200,00 em caso de errata por descuido dos autores.**

## **7. TAXA DE CONFORMIDADE E DE EDITORAÇÃO**

|                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| <b>TAXA DE CONFORMIDADE</b> | R\$ 400,00<br>(quatrocentos reais)           | Comprovante do pagamento da taxa de conformidade com o nome do pagante e data de pagamento visíveis     |
| <b>TAXA DE EDITORAÇÃO</b>   | R\$ 1.600,00<br>(um mil e seiscentos reais). | Comprovante do pagamento após o aceite do manuscrito com o nome do pagante e data de pagamento visíveis |
| <b>VALOR DE ERRATA</b>      | R\$ 200,00<br>(duzentos reais)               | Comprovante do pagamento com o nome do pagante e data de pagamento visíveis                             |

\*conformidade com as Normas do Periódico

**Forma de pagamento: Exclusivamente pelo Pague Seguro ou Paypal (<http://reben.com.br/revista/>).**

**PARA PAGAMENTOS INSTITUCIONAIS, ENTRAR EM CONTATO COM: [tesouraria@abennacional.org.br](mailto:tesouraria@abennacional.org.br)**

**Sem a comprovação dos pagamentos pelo sistema, o artigo será arquivado definitivamente.**

**A taxa de conformidade não será devolvida caso o manuscrito não seja aceito para publicação.**

**ATENÇÃO**

As dúvidas quanto as normas, submissão e resubmissão serão atendidas exclusivamente pelo e-mail FALE CONOSCO (faleconosco.reben@abennacional.org.br).

Previamente ao uso do FALE CONOSCO reveja cuidadosamente as normas acima. Somente serão respondidas questões não contempladas nas Instruções aos Autores.

Ao iniciar a submissão do manuscrito o autor está ciente e em concordância com as normas da Revista.