

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO
LINHA DE PESQUISA: CUIDAR EM SAÚDE E ENFERMAGEM**

CRISTIANE ALESSANDRA DA SILVA

**A PANDEMIA DE COVID-19 E O CUIDADO DA ENFERMAGEM ÀS MULHERES
NO PARTO E NASCIMENTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM
HUMANIZAÇÃO E EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Belo Horizonte

2023

CRISTIANE ALESSANDRA DA SILVA

**A PANDEMIA DE COVID-19 E O CUIDADO DA ENFERMAGEM ÀS MULHERES
NO PARTO E NASCIMENTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM
HUMANIZAÇÃO E EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para a obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Kleyde Ventura de Souza

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Belo Horizonte

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

SI586p Silva, Cristiane Alessandra da.
A pandemia de COVID-19 e o cuidado da enfermagem às mulheres no parto e nascimento em um serviço de referência em humanização e em formação profissional [recursos eletrônicos]. / Cristiane Alessandra da Silva. - - Belo Horizonte: 2023.

136f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Kleyde Ventura de Souza.

Área de concentração: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Pandemias. 2. COVID-19. 3. Parto. 4. Parto Humanizado. 5. Cuidados de Enfermagem. 6. Dissertação Acadêmica. I. Souza, Kleyde Ventura de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 153.7

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

ATA DA DEFESA/FOLHA DE APROVAÇÃO

23/02/2023 11:24

SEI/UFMG - 2076800 - Ata



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 719 (SETECENTOS E DEZENOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CRISTIANE ALESSANDRA DA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 9 (nove) dias do mês de fevereiro de dois mil vinte e três, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "A PANDEMIA DE COVID-19 E O CUIDADO DA ENFERMAGEM ÀS MULHERES NO PARTO E NASCIMENTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM HUMANIZAÇÃO E EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL", da aluna *Cristiane Alessandra da Silva*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Eunice Francisca Martins e Helisamara Mota Guedes, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de fevereiro de 2023.

Prof^ª. Dr^ª. Kleyde Ventura de Souza
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Eunice Francisca Martins
(EE/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Helisamara Mota Guedes
(UFVJM)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação
HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 13/02/23

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **CRISTIANE ALESSANDRA DA SILVA**.

As modificações foram as seguintes:

Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza

Profª. Drª. Eunice Francisca Martins

Profª. Drª. Helisamara Mota Guedes



Documento assinado eletronicamente por **Kleyde Ventura de Souza, Professora do Magistério Superior**, em 10/02/2023, às 11:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Eunice Francisca Martins, Professora do Magistério Superior**, em 10/02/2023, às 11:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Helisamara Mota Guedes, Usuário Externo**, em 22/02/2023, às 16:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 23/02/2023, às 12:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2076800** e o código CRC **9E33640C**.

HOMOLOGADO em reunião do CPU
em 13 de Outubro

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar Aquele que me sustentou até aqui, meu Senhor Jesus, por me conduzir nessa jornada. Obrigada Deus, por tudo que o Senhor faz e sempre fez por mim. Obrigada por nunca me abandonar mesmo eu não merecendo a tua misericórdia. Deus é fiel!

Aos meus pais, Orlando e Marta, pela compreensão, ao serem privados em muitos momentos da minha companhia, atenção e pelo profundo apoio, me estimulando nos momentos mais difíceis durante este período. Vocês são meu alicerce. Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse superar cada obstáculo e chegar até aqui. Agradeço todas as orações.

À minha irmã e cunhado pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência. Obrigada por sempre transmitirem palavras de conforto durante esta etapa!

Às minhas queridas tias Selma e Vilma pelas orações e apoio de sempre.

Às minhas amigas, irmãs, Poliana, Cilaine e Sintia pelo companheirismo durante essa jornada. Obrigada por toda paciência comigo, pelas conversas e conselhos. Vocês são muito especiais!

À Lélia Madeira que sempre me apoiou e incentivou a avançar. Minha grande orientadora e referência de anos. Gratidão!

À todas as amigas e colegas de trabalho do Hospital Sofia Feldman, minha segunda casa e cenário do estudo, que aceitaram participar dessa pesquisa com tanto carinho.

Aos meus irmãos e amigos da residência, principalmente Danian, Luiza, Livia e Walter pela década de amizade, compreensão e apoio de sempre.

A todos os meus colegas e companheiros de turma do mestrado por compartilharem ensinamentos. Espero encontrá-los por novos caminhos. À minha orientadora, professora Kleyde pelos ensinamentos durante essa caminhada.

“O que as suas mãos tiverem que fazer,
que o façam com toda a sua força, pois na
sepultura, para onde você vai, não há
atividade nem planejamento, não há
conhecimento nem sabedoria.”

(Eclesiastes 9:10)

RESUMO

SILVA, Cristiane Alessandra da. A Pandemia de COVID-19 e o cuidado da enfermagem às mulheres no parto e nascimento em um serviço de referência em humanização e em formação profissional. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

Introdução: Territórios como os Centros de Parto Normal (CPN), nos desafiam a transformar e reinventar os modos de cuidado. Diante do impacto dos processos assistenciais e do cuidado às mulheres no processo de parto e nascimento na pandemia da COVID-19 considera-se questionar como o cuidado pode ser reconfigurado, tomando-se em conta a atuação da equipe de enfermagem. **Objetivo:** Analisar o cuidado às mulheres e seus bebês no processo de parto e nascimento conduzido pela equipe de enfermagem no contexto de pandemia de COVID-19. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um serviço de referência de cuidado, ensino e formação profissional em obstetrícia sobre o cuidado às mulheres e seus bebês no processo de parto e nascimento conduzido pela enfermagem no contexto de pandemia de COVID-19, tomando como referência os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Para obtenção de dados nesta pesquisa, empregou-se duas técnicas: observação participante e entrevista. A coleta de dados ocorreu durante o período de 15 de setembro a 25 de outubro de 2022. Foram entrevistados 26 profissionais do serviço por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, submetidas à análise em três dimensões indissociáveis e transversais, correlacionados com processos e efeitos dela originados, sendo elas respectivamente: A proposta institucional da equipe multiprofissional e de enfermagem do CPN no contexto da pandemia de COVID-19; O trabalho da equipe de enfermagem no contexto da pandemia de COVID-19 na dinâmica do CPN e o serviço e sua dinâmica de prestação de cuidados aos usuários: as repercussões do Cuidado no serviço. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e Hospital Sofia Feldman e seguiu os princípios éticos e legais norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** Foi possível identificar reinvenções e reconfigurações do cuidado na assistência ao parto e nascimento diante das mudanças exigidas pelo contexto da pandemia da COVID-19 sem, contudo, dispensar a humanização, a segurança no cuidado e a defesa dos direitos das mulheres e seus bebês. Lacunas e avanços no cuidado foram demarcados, sendo as principais lacunas: limitação de estrutura física, alta demanda, mudanças de rotina, ausência de contato direto, dificuldade de se comunicar com o uso dos equipamentos de proteção individual. Como avanços destaca-se: a manutenção, mesmo em situação de crise, do respeito aos direitos das mulheres, boas práticas baseadas em evidência e corresponsabilização do cuidado. **Conclusão:** O estudo identificou limites e fragilidades acerca do cuidado da enfermagem no manejo da pandemia de COVID-19. Destaca-se nesse momento ameaçado, (re) configurações que exigem modos, (re) conhecidos e inovadores de cuidado às mulheres no parto e nascimento, a maioria delas bem documentadas e consolidadas pelas evidências científicas e boas práticas do cuidado obstétrico, e outras a serem orientadas à luz das vivências/experiências desafiantes/desafiadoras reunidas neste estudo.

Palavras-chave: COVID-19; Cuidados de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Mulheres; Pandemia, Parto Humanizado.

ABSTRACT

SILVA, Cristiane Alessandra da. The COVID-19 Pandemic and nursing care for women in labor and birth in a reference service in humanization and professional training. 2023. Dissertation (Master's in Nursing) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

Introduction: Territories such as Normal Birth Centers challenge us to transform and reinvent modes of care. Faced with the impact of care processes and care for women in the labor and birth process in the COVID-19 pandemic, it is considered to question how care can be reconfigured, taking into account the performance of the nursing team. **Objective:** To analyze the care given to women and their babies in the labor and birth process conducted by the nursing team in the context of the COVID-19 pandemic. **Method:** This is an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, carried out in a reference service of care, teaching and professional training in obstetrics on the care of women and their babies in the process of delivery and birth conducted by nursing in the context of of the COVID-19 pandemic, taking as reference the principles and guidelines of the National Humanization Policy (PNH). To obtain data in this research, two techniques were used: participant observation and interview. Data collection took place from September 15 to October 25, 2022. 26 service professionals were interviewed through a semi-structured interview. The interviews were recorded and transcribed in full, submitted to analysis in three inseparable and transversal dimensions, correlated with processes and effects originated from it, namely: The institutional proposal of the multidisciplinary and nursing team of the CPN in the context of the COVID-19 pandemic. The work of the nursing team in the context of the COVID-19 pandemic in the dynamics of the BC and the service and its dynamics of providing care to users: the repercussions of Care in the service. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais and Sofia Feldman Hospital and followed the ethical and legal principles that guide research involving human beings. **Results:** It was possible to identify reinventions and reconfigurations of care in childbirth and birth care in view of the changes required by the context of the COVID-19 pandemic without, however, dispensing with humanization, safety in care and the defense of the rights of women and their babies. Gaps and advances in care were demarcated, with the main gaps being: limited physical structure, high demand, routine changes, lack of direct contact, difficulty communicating with the use of personal protective equipment. As advances stand out: the maintenance, even in a crisis situation, of respect for women's rights, good practices based on evidence and co-responsibility for care. **Conclusion:** The study identified limits and weaknesses regarding nursing care in the management of the COVID-19 pandemic. In this threatened moment, (re)configurations that demand ways, (re)known and innovative care for women in labor and birth stand out, most of them well documented and consolidated by scientific evidence and good practices of obstetric care, and others to be oriented in the light of challenging/challenging experiences gathered in this study.

Keywords: COVID-19; Nursing care; Nursing team; Women; Pandemic, Humanizing Delivery.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Desenho da metodologia	40
Quadro 2: Caracterização dos entrevistados	44
Quadro 3: Subdimensões da dimensão 1	45
Quadro 4: Subdimensões da dimensão 2	65
Quadro 5: Subdimensões da dimensão 3	76
Quadro 6: Principais resultados das dimensões.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CPN	Centro de Parto Normal
COVID-19	(Co) Rona (Vi)Rus (D)Isease –2019
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
HSF	Hospital Sofia Feldman
ICM	International Confederation of the Midwives
IRAG	Infecção Respiratória Aguda Grave
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PPP	Pré-parto, parto e puerpério
RAMI	Rede de Atenção Materno-infantil
RC	Rede Cegonha
RT-PCR	Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SG	Síndrome Gripal
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UCP	Unidade Carlos Prates
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 HUMANIZAÇÃO A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E OS DESAFIOS DA PANDEMIA DE COVID-19 - Uma Breve Contextualização	18
3.1 A humanização como conceito-experiência para o cuidado no parto e nascimento em tempo de pandemia de COVID-19	24
3.2 A humanização como política e a politicidade do cuidado em enfermagem obstétrica diante da pandemia de COVID-19	26
3.3 A pandemia de COVID-19 e os desafios da enfermagem obstétrica no cuidado, no ensino e no trabalho em equipe na atenção ao parto e nascimento	28
4 METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Cenário do estudo	32
4.3 Participantes do estudo	34
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	35
4.5 Técnicas de Coleta de dados	35
4.6 Tratamento e Análise dos dados	39
4.7 Considerações Éticas	41
5 RESULTADOS	43
5.1 Caracterização dos Entrevistados	43
5.2 Dimensões de Análise	45
5.2.1 Dimensão 1 - A Proposta institucional da equipe multiprofissional e de enfermagem no Centro de Parto Normal no Contexto da Pandemia da COVID-19 ...	45
5.2.1.1 Organização do processo de trabalho	45
5.2.1.2 Mudança de fluxo institucional	49
5.2.1.3 Estrutura física	53
5.2.1.4 Novas Demandas diante do contexto	55
5.2.1.5 Modificações e atualizações diárias com as mudanças de rotinas	57

5.2.1.6 Capacitação da equipe/Treinamento e educação continuada constante.....	60
5.2.1.7 Estratégias de segurança.....	61
5.2.2 Dimensão 2 - O trabalho da equipe de Enfermagem no Contexto da Pandemia da COVID-19 na dinâmica do Centro de Parto Normal/CPN.....	64
5.2.2.1 Sujeitos no contexto do processo de trabalho.....	65
5.2.2.2 Relações estabelecidas no processo de trabalho e de ensino.....	70
5.2.2.3 Formação e ensino no contexto do trabalho.....	73
5.2.3 Dimensão 3 - O Cuidado e sua dinâmica: Reconfiguração do modo de Cuidar e suas práticas no processo de parto e nascimento no Centro de Parto Normal...	75
5.2.3.1 Práticas de cuidado no processo de parto e nascimento.....	76
5.2.3.2 Repercussões do cuidado e tipos de práticas incorporados na relação.....	82
6 DISCUSSÃO	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES.....	120
ANEXOS	126

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, surgiu na China um vírus até então desconhecido, chamado SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus), causador da doença que foi denominada COVID-19 (Corona vírus disease 2019) transmitida principalmente por via respiratória, pode causar sintomas como febre, tosse, dor muscular, fadiga e, na forma grave, gerar complicações em múltiplos sistemas, podendo levar ao óbito (OMS, 2020).

A doença se tornou um grave problema de saúde pública a nível mundial devido à rápida disseminação e letalidade. Em janeiro de 2020 foi classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma emergência de saúde pública de interesse mundial e dois meses depois, em março, a OMS a classificou como pandemia (OMS, 2020). No Brasil, os primeiros casos foram confirmados em fevereiro de 2020 e a transmissão comunitária foi identificada no país no início do mês de março (BRASIL, 2020).

Toda a população é considerada suscetível à SARS-CoV-2, porém, formas graves da COVID-19 acometem principalmente pessoas dos grupos de risco, entre estes idosos, portadores de doenças crônicas, assim como gestantes de qualquer idade gestacional e puérperas até duas semanas após o parto, incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal (BRASIL, 2020).

As mulheres grávidas foram classificadas pela OMS como grupo de risco devido ao potencial para resultados maternos e perinatais adversos (LIU et al., 2020). A preocupação baseia-se na experiência durante as epidemias de outros vírus do tipo coronavírus nas quais foram observadas taxas de mortalidade mais altas entre as gestantes do que entre as não gestantes sobretudo em mulheres imunocomprometidas e com comorbidades como hipertensão, diabetes, asma e cardiopatias, além das que se encontram em situação de vulnerabilidades (KNIGHT et al., 2020; SOUZA & AMORIM, 2021; TAKEMOTO et al., 2020).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) juntamente à OMS, publicou um alerta epidemiológico sobre o número de casos confirmados em gestantes e óbitos maternos nos países da América. Segundo o relatório foram contabilizados 453 óbitos maternos por COVID-19 em 2020 no Brasil. Dessa forma, o país apresentou o segundo maior número de casos confirmados em gestantes e o primeiro em número de óbitos do mundo (OPAS, 2020).

De acordo com a OPAS, no Brasil, durante o período de Janeiro a Agosto de 2020, foram hospitalizadas 5.274 gestantes, sendo que 0.9% dessas internações foram relacionadas à Infecção Respiratória Aguda Grave (SRAG), 2.256 confirmadas com COVID-19; dentre essas 135 vieram a óbito. Dentre os óbitos, foram observados 56,3% no terceiro trimestre de gestação, 33,8% no segundo trimestre e 4,4% no primeiro trimestre (OPAS, 2020).

Evidências emergentes sugerem que as taxas de natimortos e parto prematuro podem ter mudado substancialmente durante a pandemia. A redução do comportamento de busca de cuidados de saúde, bem como a redução da oferta de serviços de maternidade, foi sugerida como uma possível causa (KHALIL *et al.*, 2020).

Esse trágico desfecho nacional pode estar associado a problemas já enfrentados anteriormente no país, como falta de acesso a serviços especializados, monitorização inadequada de complicações obstétricas e falta de recursos físicos, humanos e materiais (TAKEMOTO *et al.*, 2020)

No Brasil, a atenção à mulher no parto, já era um desafio, tanto no que se refere à qualidade da assistência, quanto no modelo de atenção obstétrica tecnocrático e médico-centrado, ainda hegemônico no país. Dessa forma, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil esbarram no modelo hegemônico da assistência ao parto. A crise gerada pela pandemia impactou negativamente no atendimento ao parto e nascimento, acarretando possível aumento da violência obstétrica e de gênero (SOUZA *et al.*, 2020).

Com a pandemia veio a necessidade de atualizar os modelos assistenciais às gestantes e por questão de segurança é priorizado que elas tenham o mínimo de contato possível com áreas que possam gerar risco de infecção por COVID-19. As alterações aconteceram nos serviços de saúde públicos e privados, de forma não coordenada, em que cada instituição estabelece seus próprios protocolos, afetando o atendimento às gestantes e puérperas nos diversos níveis de complexidade afetando a forma como elas vivenciam o processo de gestar e parir (SOUZA *et al.*, 2020; SUTTON *et al.*, 2020; TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Em consonância com as demandas instituídas pelo Ministério da Saúde, iniciou-se um movimento de organização institucional para atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 no Hospital Sofia Feldman (HSF) universo de investigação do estudo. Pela demora e padronização de protocolos do Ministério da Saúde, diversas instituições precisaram criar seus próprios protocolos revendo o que

já havia sido implantado. O plano de contingência institucional foi e continua sendo aprimorado conforme a atualização dos dados epidemiológicos e o conhecimento acerca da doença. Em atendimento às recomendações, houve um processo de adaptação do Centro de Parto Normal (CPN) do HSF, para garantir que as mudanças no fluxo de atendimento fossem implementadas, diante das estruturas já existentes na maternidade (HSF, 2021).

Assim, territórios de cuidado, como os CPNs, nos desafiam a transformar e reinventar os modos de cuidado, principalmente durante o acompanhamento do trabalho de parto e parto. Diante do impacto dos processos assistenciais e do cuidado às mulheres no processo de parto e nascimento pode-se questionar como o cuidado pode ser reconfigurado, tomando-se em conta a atuação da equipe de enfermagem e principalmente a enfermagem obstétrica. (CARDOSO *et al.*, 2020).

Esta pesquisa nasce, então, da problemática que envolve o cuidado da equipe de enfermagem às mulheres no parto e nascimento e das lacunas de conhecimento em torno de como o cuidado, em particular de enfermeiras obstétricas, enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam diretamente na assistência ao parto, tem sido reconfigurado diante da pandemia.

Vale destacar ainda, que o interesse na realização deste estudo ocorreu devido à atuação no cenário de parto e nascimento da instituição, como profissional e enfermeira obstétrica no acompanhamento das mulheres que estão vivenciando o processo de gestação, nascimento e puerpério durante a pandemia, em que foi possível presenciar diversos problemas que impactaram diretamente na assistência obstétrica. A autora também faz parte do corpo docente do programa de residência em enfermagem obstétrica da instituição atuando na formação de enfermeiras (os) obstétricas (os), além da inserção em projetos nacionais como o acompanhamento e preceptoria em um curso de aprimoramento para enfermeiros obstétricos.

Diante do contexto explorado na literatura e da atuação profissional em um serviço de referência na humanização e em formação profissional, surge a questão norteadora: Como a equipe de enfermagem - incluindo as enfermeiras obstétricas, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem que atuam diretamente no cuidado e no ensino da assistência ao parto têm reconfigurado o modo de cuidar no contexto da pandemia de COVID-19? Nesse âmbito, considerando o cenário de alta complexidade da pandemia COVID-19 que exige as melhores e novas respostas, a investigação se sobre como a enfermagem tem desenvolvido seu potencial no

enfrentamento do desafio da ampliação do acesso a cuidados seguros, de qualidade e resolutivos para as mulheres.

Considera-se que a contribuição do estudo com os resultados encontrados na pesquisa possam estimular pesquisas equivalentes em outras maternidades, a fim de revelar o conhecimento acerca do cuidado às mulheres em fase pandêmica e fomentar uma assistência humanizada durante o trabalho de parto e parto, além de contribuir para melhorias no cuidado ao ciclo gravídico puerperal e promover uma assistência ao parto e nascimento respeitosa por parte de profissionais considerados atores estratégicos que têm protagonizado os avanços no contexto do cuidado, na formação profissional e nos modos de trabalhar em equipe multiprofissional no contexto da pandemia por COVID-19. O cuidado é reconhecidamente associado à mestria da enfermagem, distinguido como uma expertise reconhecida no campo da saúde em suas práticas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o cuidado às mulheres e seus bebês no processo de parto e nascimento conduzido pela equipe de enfermagem no contexto de pandemia de COVID-19 em um serviço de referência de cuidado e formação profissional em obstetrícia.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as práticas implementadas pela enfermagem para assegurar o formação profissional e a humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia por COVID-19.
- Explorar os desafios da humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento, na perspectiva da equipe de enfermagem obstétrica, enfermeiros, técnicos de enfermagem de um serviço de referência em humanização e formação profissional.
- Identificar os avanços e desafios no cuidado, formação profissional e trabalho da enfermagem no contexto da pandemia por COVID-19.
- Conhecer e compreender a percepção de um dos gestores quanto ao cuidado da enfermagem ofertado na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia por COVID-19.

3 HUMANIZAÇÃO A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E OS DESAFIOS DA PANDEMIA DE COVID-19 - Uma Breve Contextualização

Neste capítulo são contextualizados alguns marcos históricos da trajetória de qualificação do cuidado à saúde da mulher, aspectos relacionados à pandemia pela COVID-19 e, em seguida, discute-se o conceito da humanização como experiência para o cuidado no parto e nascimento em tempo de pandemia de COVID-19 além dos desafios da enfermagem no cuidado. A proposta de pesquisa apoia-se na humanização a partir das Políticas de Saúde da Mulher, enfatizando a PNH.

No Brasil, durante o século XX os programas de atenção à saúde da mulher e da criança restringiam-se à sua especificidade biológica e ao papel social da mulher. Outros aspectos ligados ao cuidado da saúde da mulher não eram levados em consideração. As ações de saúde eram fragmentadas com enfoque nos principais grupos de risco, as gestantes e crianças. O tema da saúde da mulher foi colocado na pauta das ações governamentais nas primeiras décadas do século XX. Nessa época tratava-se de uma abordagem que reduzia os cuidados à saúde da mulher à perspectiva materno-infantil, e ainda assim não ocupava lugar de destaque nas agendas das políticas de saúde (BRASIL, 2004b).

Na atenção obstétrica graves problemas caracterizavam o cenário obstétrico, profissionais com pouca qualificação para atender as demandas das parturientes, orientações deficientes e práticas obstétricas inadequadas compunham o quadro de atendimento. Por volta de 1970, percebeu-se queda nas taxas de fecundidade pela utilização de métodos anticoncepcionais, porém as ações de promoção à saúde eram limitadas e houve fragilidades no emprego (BRASIL, 2004a).

As ações voltadas para a qualificação da atenção à saúde da mulher em todas as suas fases passaram por inúmeras mudanças nas últimas décadas. Por volta dos anos 80, o Ministério da Saúde, entre outras entidades, iniciaram um movimento de revisão das práticas no campo obstétrico. Esse movimento da década de 80 toma caráter mais ampliado com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres que contemplava uma diferenciada e nova abordagem de atenção tendo em vista uma atenção voltada para os princípios de universalidade

e integralidade. Dessa forma, a mulher deveria ser vista como um ser integral, levando em conta seus aspectos psicossociais (BRASIL, 2004a).

O PAISM apresenta-se incorporando como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo novas resoluções da saúde da mulher, ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004a).

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem influência direta sobre o processo de implantação da PAISM, por meio da Constituição de 1988, Lei 8080 (1990), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) oficializa a assistência ao parto pela enfermagem obstétrica no SUS, surgindo em 1999, os Centros de Parto Normal (CPN), unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, ficando os profissionais responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e aos bebês, investindo, assim, de forma importante na mudança do modelo de atenção ao parto (BRASIL, 2000).

A partir do PAISM, várias portarias e leis foram elaboradas e ganharam maior visibilidade, como a Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, que visou a instituir o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do SUS e teve como objetivo principal o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência de gestantes e recém-nascidos, ampliação do acesso a estas ações, promovendo reorganização, regulação e qualidade da assistência obstétrica/neonatal determinando à gestante o direito livre da escolha da via de parto, que deve ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto (BRASIL, 2000).

Para tal, foram estabelecidos critérios quantitativos mínimos marcadores da qualidade da assistência pré-natal e propostos os princípios gerais e as condições para o adequado acompanhamento pré-natal. Seguindo esse mesmo direcionamento, em 2001, o MS edita o manual “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada

à Mulher”, que define a humanização da assistência, defendendo a privacidade, a autonomia materna e o fim de intervenções desnecessárias no parto (BRASIL, 2005).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde. Estruturada em princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, ela visa à integralidade das práticas, buscando superar a fragmentação do cuidado, ao primar pela indissociabilidade entre atenção e gestão com a finalidade de se tornar uma política afirmativa e transversal, propondo um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. A PNH se ancora no tripé dos princípios da inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde; da transversalidade e autonomia e do protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004a).

Já no ano de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que teve como um dos seus principais objetivos a criação do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, buscando promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, atenção obstétrica, redução da morbimortalidade feminina por causas evitáveis, consolidando os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, ampliando a qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL 2004b; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2018).

Em 2005, é sancionada a Lei Federal 11.1085, que garante às mulheres o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Portaria nº 1.067/GM, publicada pelo MS em 2005 em seu artigo segundo, garante a toda gestante o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer do parto e puerpério, e, que essa seja realizada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2005).

A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade, dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. Do mesmo modo, considera-se que é um direito da mulher conhecer os fundamentos e benefícios dos métodos usados em seu trabalho de parto, e como sujeito do processo, é seu direito ter liberdade para questionar e escolher o que mais lhe agrada naquele momento (BRUGGEMANN, 2001, p. 32).

Na mesma direção, em 2007, é sancionada a Lei 11.6346, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá

assistência. Os resultados referentes à vinculação à maternidade de referência e fornecimento de informações a respeito identificam a competência de ajudar a mulher e sua família a planejar o local de nascimento apropriado com habilidade e atitude voltado para fornecimento de informação. Após vinculação à maternidade de referência/hospital ou casas de parto, é orientada a visita ao local do nascimento por volta do sexto mês de gestação (BRASIL, 2007).

Em 2011 estabelecida pela Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, foi criada a Rede Cegonha (RC), uma estratégia do MS que preconiza a organização de uma rede de cuidados materno infantil. A RC prioriza um conjunto de dispositivos voltados para a qualificação do pré-natal, acolhimento e classificação de risco, ampliação da atuação da Enfermagem Obstétrica, investimentos para adequação da ambiência, implantação de Centros de Parto Normal – CPN (BRASIL, 2015) e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP (BRASIL, 2013), além de promover a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, assegurando o direito a um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis, e que a mulher tenha acesso à atenção no planejamento sexual e reprodutivo na gestação, garantindo, atenção humanizada na gestação, parto e puerpério, e ao recém-nascido até o segundo ano de vida (BRASIL, 2011).

A RC, por sua vez, insere-se no âmbito da PNH que, como pontua Santos Filho *et al.*, (2020), desde o seu marco teórico-político, agrega uma concepção de formação-intervenção com a finalidade de ampliar a rede de sujeitos com maior capacidade de intervir nos modos de gerir e de cuidar em saúde no âmbito da humanização.

O conceito de humanização preconizado pelo MS que orienta os Programas de Saúde da Mulher é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do pré-natal, parto, nascimento e pós-parto saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

A humanização da assistência ao parto implica ainda na atuação da enfermagem obstétrica, o qual precisa considerar uma multiplicidade de aspectos, tais como: fisiológicos, para não intervir desnecessariamente com procedimentos cirúrgicos; sociais e culturais extensivos ao nascimento, de modo a oferecer apoio emocional à mulher e sua família no processo de parição, tendo em vista a formação de laços afetivos entre profissionais, familiares e o vínculo mãe-filho e familiar (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2018).

A OMS e Políticas Públicas Nacionais enfatizam que as práticas de atenção ao parto e ao nascimento devem estar baseadas em evidências científicas e na garantia de direitos, afirmando que o parto é um evento fisiológico que não necessita de controle, mas sim de cuidados e recomendam a liderança e o envolvimento de uma enfermeira com habilidade para a realização do pré-natal, bem como do manejo do parto normal e reorganização da rede de cuidados perinatais (GAMA *et al.*, 2016).

A constatação de que os hospitais de ensino continuam reproduzindo uma assistência tecnocrática com ações inadequadas e mantendo afastada a expertise da enfermagem obstétrica fez com que no ano de 2017 o Ministério da Saúde lançasse o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceON). Tal iniciativa foi iniciada em uma rede de hospitais com atividades de ensino para os quais foi estabelecido como objetivo a implementação e disseminação de boas práticas e mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão (BRASIL, 2017).

No ano de 2018 foi lançada mundialmente a campanha Nursing Now apoiada pela OMS, Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses - ICN) e o parlamento inglês. Seus objetivos tiveram como foco o fortalecimento e valorização da profissão da enfermagem e em especial da enfermeira obstetra, descrevendo-as como profissionais essenciais para atingir as metas estabelecidas nos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável global, nacional e localmente (ICM, 2020).

Segundo Castro *et al.*, (2021), o ano de 2020 foi marcado na história da humanidade e, certamente, na história da enfermagem, pois foi o ano de comemoração aos 200 anos de nascimento daquela que deu a profissão o caráter científico no mundo, Florence Nightingale. Dessa forma, estava prevista uma série de atividades, em muitos países, para a valorização da Enfermagem, com o desenvolvimento da campanha Nursing Now, apoiada por associações de enfermagem como o Conselho Internacional de Enfermeiras, a OMS e o UK All Party Parliamentary Group on Global Health do Reino Unido e escolas em todo o mundo com a colaboração da World Health Organization (WHO). Além disso, foi o primeiro ano vivenciando a pandemia da COVID-19, quando tornou-se necessário redobrar os cuidados de enfermagem às mulheres nos serviços obstétricos (SOUZA; AMORIM, 2021).

Em 2022, o MS extingue a Rede Cegonha e cria impasse na política de atenção à gestante. Sem qualquer pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o MS anunciou, no dia 4 de abril, a criação do programa Rede de Atenção Materno-infantil (RAMI) que consiste em uma rede fundamentada em princípios que promovem a garantia de integridade, qualidade e segurança do cuidado, voltados para o fortalecimento das estruturas já existentes e a criação de novos componentes fundamentais mantendo critérios e serviços que estruturam a RC. Há perspectiva de ampliar a abrangência de serviços, fortalecer componentes existentes, agregando o médico obstétrico e o médico pediatra à equipe multiprofissional no CPN intra-hospitalar (BRASIL, 2022).

Segundo ZVEITER (2022) o incremento dos investimentos do Ministério da Saúde, na RAMI, dirige-se às maternidades com mais de 500 partos por ano, com critérios e metas voltados ao alto risco. Os CPNs isolados, que funcionam de forma autônoma, estão sendo desconsiderados. Sendo assim, infelizmente, o processo de implantação da RAMI seguiu, apesar das manifestações do COFEN, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e da ABENFO Nacional.

Dessa forma observam-se retrocessos que ameaçam os avanços até aqui conquistados e obstaculizam a valorização da enfermagem na assistência qualificada no cuidado obstétrico, partindo do pressuposto que a atuação do enfermeiro no CPN potencializa as boas práticas para o parto e nascimento, bem como amplia a importância e visibilidade deste profissional no cuidado materno-infantil.

Contudo, em 13 de janeiro de 2023, o Ministério da Saúde, revoga a Portaria GM/MS nº 715 e divulga no Diário da União, através da Portaria GM/MS nº 13, em seu Artigo 1º V a Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, que "Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)" (BRASIL, 2022).

De acordo com Castro *et al.*, (2021) é importante destacar, que a enfermagem historicamente tem apresentado forte protagonismo nos diversos sistemas de saúde mundiais, sobretudo em locais remotos, em situação de calamidade, desastres, guerras, ataques terroristas e pandemias. Apesar desse importante protagonismo sanitário, o componente político ainda necessita ser ampliado, devendo sair da condição de invisibilidade para os holofotes, com forte liderança e empoderamento.

Os enfermeiros, principalmente, estão totalmente engajados na resposta a COVID-19, sendo essenciais para os esforços de prevenção e resposta da pandemia, estando na linha de frente, executando um cuidado de primeira linha, especialmente para os casos complexos que requerem hospitalização. Representam um dos grupos de profissionais da saúde mais confiáveis, e devem advogar por respostas políticas locais, estaduais e nacionais ao surto de COVID-19 (ICM 2020).

A atuação da enfermagem durante a pandemia favoreceu o apoio para reorganização do processo de trabalho comprometido com a humanização. Essas profissionais, principalmente as enfermeiras obstétricas são responsáveis diretamente por otimizar recursos disponíveis para permanecer qualificando a atenção e cuidado à saúde das mulheres, inclusive em tempos de COVID-19 (COSTA, 2021).

3.1 A humanização como conceito-experiência para o cuidado no parto e nascimento em tempo de pandemia de COVID-19

De acordo com Benevides e Passos (2005), no campo das políticas públicas de saúde, "humanização" diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si. Os autores destacam o conceito de humanização:

A humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem "focar o cliente" e "garantir qualidade total nos serviços". (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização da atenção obstétrico-neonatal é a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Ela compreende dois aspectos fundamentais: promover o respeito e à dignidade à mulher e seu ciclo familiar, instituindo um ambiente acolhedor por parte da equipe profissional e adotar boas práticas no parto e nascimento, reduzindo procedimentos intervencionistas e de rotina que não oferecem benefícios para a mulher e seu recém-nascido, mas pelo contrário, trazem maiores riscos para ambos (BRASIL, 2014).

A atenção ao parto e nascimento no Brasil representa um importante problema de saúde pública relacionado com a qualidade da assistência, predominantemente hospitalar, assistidas por médicas e médicos e com acesso a tecnologias, condições consideradas, por muito tempo nas sociedades ocidentais, como sendo as mais seguras para nascer. As elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal demonstram que ainda se está realizando uma assistência às mulheres e crianças de baixa qualidade, possivelmente relacionada com práticas obsoletas e iatrogênicas e com baixa autonomia das mulheres, o que configura o chamado paradoxo perinatal (LANSKY *et al.*, 2014).

O Brasil passou a liderar o número de mortes de gestantes na pandemia de COVID-19. Tal mortalidade está relacionada com a qualidade da assistência obstétrica e, sobretudo, com uma possível negligência diante das condutas preconizadas (BRASIL, 2020). O maior número de vítimas, antes e durante a pandemia são mulheres negras, o que reforça o racismo institucional atrelado à violência obstétrica e de gênero (LEAL *et al.*, 2017).

A atuação do Ministério da Saúde foi assertiva em estimular o isolamento social e, ainda que tardiamente, o uso de máscaras. Porém, falhou em tomar medidas mais rápidas e drásticas para mitigar a disseminação da doença, bem como para esclarecer que se tratava de uma doença grave. A assistência obstétrica, no contexto da pandemia de COVID-19, deve considerar a necessidade de identificar mulheres sintomáticas e assintomáticas, visando minimizar os danos causados pela doença. Além disso, necessita ser realizada em locais com estrutura para isolamento, com equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados e disponíveis ao uso, equipes especializadas e indicação da via de parto individualizada (TAKEMOTO, 2020).

Segundo o MS, recomenda-se que os serviços de saúde organizem fluxos internos de atendimento a gestantes suspeitas ou portadoras de COVID-19, visto que a garantia de assistência obstétrica qualificada e de medidas ágeis de contingência com foco nas gestantes é essencial para a redução da morbimortalidade materna pela COVID-19 (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, reafirmamos que todas as mulheres têm o direito de receber atenção qualificada em uma rede de atenção à saúde, cujos arranjos devem garantir o acesso, considerando a integralidade e a humanização do cuidado. Isto inclui fluxos de atendimento específicos às gestantes, que as protejam em locais mais seguros (SOUZA, 2020). Assim, a ação da enfermagem obstétrica e sua vocação para assistir

e cuidar se apresenta como a melhor escolha para a organização do cuidado das mulheres, pois consegue lidar e responder adequadamente aos objetos e problemas complexos de saúde (SANTOS FILHO; SOUZA, 2020).

3.2 A humanização como política e a politicidade do cuidado em enfermagem obstétrica diante da pandemia de COVID-19

No Brasil, iniciativas identificadas como sendo de "Humanização do atendimento em saúde" tomaram vulto nos anos 1990. Porém a legitimidade da temática ganhou novo status em 2000, quando o Ministério regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001). Tal programa expandiu-se e tornou-se transversal em 2003, quando foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004a), com os objetivos, dentre outros, de traduzir os princípios do SUS, construir trocas solidárias e contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2004a).

A PNH parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações em duas vertentes interligadas: nas formas de produzir e prestar serviços à população; nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços. Defende-se a ideia de indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2006).

No campo da atenção, reforça princípios centrais do SUS, de acessibilidade e integralidade, avançando para o que se tem nomeado como "clínica ampliada", capaz de melhor acolher e lidar com as necessidades dos sujeitos (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Assim, a humanização enquanto política de saúde, se constrói tendo como direcionamento essa indissociabilidade entre gerir e cuidar. Não existem formas de modificar a assistência sem alterar a organização dos processos de trabalho e atores envolvidos.

No contexto da pandemia da COVID-19, no Brasil, diferentes medidas têm sido adotadas com a tentativa de conter o aumento do número de infecções por SARS-CoV-2. O MS, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), por meio de diferentes departamentos, e instituições têm reunido esforços no sentido de reorientar e

reorganizar os serviços de saúde para o atendimento qualificado de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19. Entre essas medidas, está o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (BRASIL, 2020).

O enfoque de Florence Nightingale no ambiente nos aspectos relacionados com a higiene e a prevenção de infecções, por exemplo, constituem pressupostos com uma importância fundamental no contexto atual com relação à ambiência, por exemplo (SILVA *et al.*, 2020). O ideal é que se disponibilize um quarto privativo para cada gestante, e quando não for possível, utilizar cortinas e biombos para proteção entre os leitos. A presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto deve ser permitida, desde que o acompanhante e a gestante utilizem máscara cirúrgica dentro das instalações da maternidade. A parturiente poderá ficar sem máscara durante o período expulsivo se a equipe possuir toda a paramentação necessária para realizar o atendimento (BRASIL, 2020).

Devido a pandemia, muitos hospitais, ao redor do mundo, restringiram visitas e a presença dessas pessoas de apoio, principalmente na hora do parto e no pós parto (VASILEVSKI *et al.*, 2022). Todavia, compreendeu-se que um dos cuidados voltados para as gestantes incluiria a prioridade de testagem, a manutenção das consultas de pré-natal, com presença e apoio de acompanhante bem como redução do tempo de internação hospitalar com vistas à menor exposição à COVID-19; ainda, manutenção do planejamento familiar, de acesso à anticoncepção de emergência e aos serviços de aborto (BRASIL, 2020).

Em relação à existência ou não de risco de contaminação neonatal através da amamentação, a OMS recomenda que a amamentação seja mantida, mesmo para mulheres suspeitas ou confirmadas para infecção por SARS-Cov-2, mantendo todas as medidas de higiene respiratória, como o uso de máscara cirúrgica durante a amamentação e higienização do seio com água e sabão (WHO, 2020).

Assim, a pandemia despertou alterações nos modos de cuidar das mulheres no ciclo gravídico puerperal, com repercussões tanto para quem cuida, principalmente da enfermagem, como para quem é cuidado, demonstrando a necessidade de reorganização e reajustes das práticas assistenciais obstétricas, sem, contudo, abrir mão da humanização e da segurança do binômio mãe-filho e da defesa dos direitos das mulheres.

De acordo com Silva e Souza (2020), há cerca de 40 anos a enfermagem obstétrica, junto a outros agentes, tem se posicionado frente a atuação no movimento de humanização do parto e nascimento, sendo um dos marcos, a criação da ABENFO, em 1992.

A atuação do enfermeiro obstétrico nas competências profissionais descritas pela International Confederation of Midwives (ICM) compreende uma parceria com a mulher e sua família fortalecendo vínculos, compartilhando experiências, envolvendo-se no cuidado permeado por aspectos socioculturais, partilhando as responsabilidades e promovendo o empoderamento dos sujeitos que buscarão, coletivamente, uma assistência de qualidade com respeito à dignidade e aos direitos humanos (ABENFO, 2002).

O cuidado centrado na mulher e em sua família permite a manifestação dos sentimentos, desejos e expectativas, além de assentir que os enfermeiros obstétricos exercitem a arte da reflexão contínua na busca pelo cuidado humano, respeitoso e seguro.

3.3 A pandemia de COVID-19 e os desafios da enfermagem obstétrica no cuidado, no ensino e no trabalho em equipe na atenção ao parto e nascimento

A pandemia da COVID-19 mostrou que as conquistas no campo da obstetrícia e dos direitos das mulheres não estão verdadeiramente consolidadas como direitos humanos. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a agência de saúde sexual e reprodutiva da Organização das Nações Unidas (ONU), divulgou novos dados indicando que aproximadamente 12 milhões de mulheres em 115 países perderam acesso a serviços de planejamento familiar, levando a 1,4 milhão de gravidezes não intencionais, resultado de interrupções causadas pela COVID-19 ao longo do primeiro ano da pandemia (UNFPA, 2020).

As instituições e profissionais de saúde devem garantir a prestação do melhor cuidado assistencial possível e assegurar, mesmo no contexto da pandemia, a experiência positiva de parto e nascimento para as mulheres e suas famílias, bem como o cuidado baseado em evidência (BRASIL, 2020). Sobre esse aspecto, ganha relevância um grande desafio em nosso país: o modelo de cuidado obstétrico.

No Brasil, em consonância com órgãos internacionais, como a OMS e MS recomenda-se que os gestores de saúde devem proporcionar condições para a implementação de um modelo de atenção que inclua a enfermeira obstétrica na assistência ao parto de mulheres com risco habitual (SOUZA, 2020).

O cuidado voltado para as necessidades da parturiente é potencializado a partir da conscientização das mulheres na luta pelos seus direitos e na reivindicação de melhorias das condições de vida. Nesse cenário, a OMS e o Fundo de População das Nações Unidas recomendam a liderança e o envolvimento de uma parteira ou enfermeira com habilidades de obstetrícia no pré-natal, assim como para o manejo do parto vaginal (COSTA, 2021).

Com base na Constituição Federal de 1988, compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde [...]”. Regulamenta, ainda, que “os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (BRASIL, 1988).

Nesse cenário, a Residência em Área Profissional da Saúde foi instituída pela Lei nº 11.129 de 2005, sendo orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2005). Em 2007, os Ministérios da Saúde e da Educação (MEC) publicaram a Portaria Interministerial nº 45, revogada em 2009 pela portaria nº 1.077 (BRASIL, 2009). Ainda no contexto, encontra-se o profissional de saúde como um agente do processo formativo, exercendo o papel de preceptor (AUTONOMO *et al.*, 2015).

As residências surgem como estratégias formativas de educação continuada, desenvolvidas em regime de dedicação exclusiva. Funcionam em instituições de saúde, sob supervisão docente-assistencial de elevada qualificação ética e profissional, tendo responsabilidade conjunta dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde (AUTONOMO *et al.*, 2015; BRASIL, 2005; SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2012). Nessa perspectiva, surge o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF), uma ação estratégica que visa a qualificação da assistência às mulheres nos seus processos de saúde reprodutiva, assim como o aumento do contingente de profissionais orientados pelas evidências científicas, diretrizes do SUS e nas recomendações da Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela redução da Mortalidade.

O trabalho é considerado um processo pelo qual o profissional modifica a natureza com a finalidade de produzir algo. Neste sentido, o processo de trabalho é

considerado o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, e se baseia em três elementos essenciais: a finalidade, o objetivo e os instrumentos. A finalidade é o porquê da realização daquele trabalho, o objetivo é aquilo que passará por transformação por meio da ação do profissional, e os instrumentos auxiliam neste processo de transformação (FORTE *et al.*, 2019).

A humanização como estratégia de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, vai ao encontro dos princípios do SUS, ao enfatizar a necessidade de se assegurar atenção integral à população, bem como estratégias que ampliem a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos (CAMPOS, 2005). As mudanças no atendimento a gestantes, parturientes e puérperas na pandemia da COVID-19 podem afetar diretamente diversas conquistas da humanização do cuidado durante o ciclo gravídico puerperal.

A incorporação ativa de outros sujeitos, como enfermeiras obstétricas, obstetrites, educadores perinatais, psicólogos, doulas, entre outros, na equipe assistencial deve ser promovida, proporcionando uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família. Dessa forma, as potencialidades de cada membro da equipe podem ser utilizadas plenamente, de acordo com suas capacidades técnica e legal, em benefício da mulher e da criança (BRASIL, 2014).

Neste sentido, o trabalho em equipe multiprofissional é essencial para garantir a realização de ações humanizadas durante o atendimento à gestante/parturiente/puérpera, e deve ser realizado de forma que respeite os limites das especificidades de cada profissional, com o intuito de gerar um bem comum ao paciente assistido. A atuação dos profissionais deve garantir a criação de um planejamento para suprir as necessidades da mulher e auxiliar no desenvolvimento do parto. A enfermagem, sobretudo a enfermeira obstétrica, possui papel central na assistência, podendo direcionar e sensibilizar a equipe como forma de mudar o atual cenário da obstetrícia (CARDOSO *et al.*, 2020).

A atuação profissional diante de uma doença ainda muito pouco conhecida é um grande desafio para todos os profissionais que atuam na linha de frente, e traz à tona a importância da educação permanente, para evitar contaminação da equipe e oferta de um cuidado de qualidade para as mulheres acometidas com a doença (CAMPOS *et al.*, 2020).

O medo de contrair a doença, de transmitir para sua família e amigos próximos, a tensão constante advinda do padrão imponderável de infecção que a COVID-19

apresenta, a ansiedade, estresse, aumento da carga de trabalho diante das mudanças no atendimento e o trabalhar sob pressão diariamente são fatores que afetam a saúde mental dos profissionais da equipe, e, portanto, afetam o seu trabalho. Os profissionais de saúde estão diretamente implicados no atendimento às pessoas infectadas pela COVID-19 e, por este motivo, compõem um grupo de risco específico para a infecção. A pandemia em curso expôs a fragilidade do setor de Saúde em garantir a segurança dos profissionais envolvidos no cuidado aos infectados (WHO, 2020).

Percebe-se que, para os profissionais de saúde, surgem os novos desafios de acompanhar a gestante a partir de um plano de cuidado especial, assegurando o devido suporte social e institucional nesse momento tão delicado. É importante destacar ainda que, devido às constantes mudanças que estão ocorrendo na rede de saúde, os desafios que a enfermagem está encontrando para gestão e assistência do cuidado estão cada vez maiores, alterando a realidade do trabalho da enfermagem, sendo necessário o planejamento de novas estratégias para atender às demandas das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Dessa forma, pensar e agir na reformulação dos processos de trabalho se faz essencial em tempos de pandemia, em especial no trabalho da enfermagem obstétrica. Ampliar as dimensões dos cuidados em saúde integrando a regulação de sistemas de saúde em seu território desde a atenção à saúde das mulheres nas maternidades e acesso das mesmas à assistência, atendendo às especificidades desse grupo populacional, tem sido um desafio presente nas dinâmicas desenvolvidas pela enfermagem durante a pandemia.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado a partir do interesse em analisar a reconfiguração do cuidado às mulheres e seus bebês no processo de parto e nascimento conduzido por enfermeiras obstétricas, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem em um serviço de referência na formação profissional em obstetrícia, no contexto de pandemia da COVID-19, tomando como referência os princípios e as diretrizes da PNH (2003).

A adoção do método qualitativo parte da compreensão da pesquisadora, apoiada em Minayo (2017) de que a construção do conhecimento sobre cuidado em saúde é um fenômeno que vai muito além de biológico, sendo também um processo social. Considera-se, assim, a possibilidade de explorar experiências de conhecimento e aprendizagem significativa de produção do cuidado em saúde. Essa abordagem possibilita a valorização do processo de vivência dos sujeitos e não apenas os resultados, buscando em profundidade compreender a realidade dos mesmos, diante desse contexto.

O rigor na pesquisa qualitativa é compreender sua contrapartida complementar: a flexibilidade que andam juntos. O excesso de rigidez deve ser corrigido ou equilibrado com a flexibilidade, assim como o excesso de flexibilidade tem que ser corrigido com o tensionamento justo (MOREIRA, 2018).

4.2 Cenário do estudo

O local do desenvolvimento da pesquisa foi no CPN do Hospital Sofia Feldman (HSF), localizado no município de Belo Horizonte - MG, no Distrito Sanitário Norte. Essa instituição é o único hospital que tem um CPN no município e tem sido referência nacional e internacional pelas boas práticas na área de atenção ao parto e nascimento, presta assistência exclusiva às usuárias do Sistema Único de Saúde. No hospital são assistidos uma população superior a 400 mil pessoas dos distritos sanitários Norte e Nordeste de Belo Horizonte e segue diretrizes do MS como atenção ao parto realizada por equipes multidisciplinares com enfermeiras obstétricas e médicos, estímulo à participação de acompanhante, oferta de medidas não

farmacológicas para alívio da dor e atenção ao pré-parto, parto e pós-parto em um único ambiente.

O HSF é o terceiro maior hospital do País em número de partos, e o primeiro em Minas Gerais atendendo gestantes de mais de 200 municípios, totalizando no ano de 2021 a assistência a 11.039 partos, sendo 86,5% dos partos normais assistidos por enfermeiros obstétricos (HSF, 2021).

O HSF conta com duas unidades de atendimento: na Unidade Carlos Prates (UCP), localizada na região Noroeste de Belo Horizonte, são realizados os atendimentos ambulatoriais como consultas de pré-natal de baixo e alto risco, puerpério, inserção de DIU, além de cirurgias ginecológicas. Na Unidade Tupi está localizada a maternidade e neonatologia. A instituição também conta com uma linha de ensino e pesquisa e oferta quatro cursos de pós-graduação na modalidade residência, sendo elas: residência médica em ginecologia e obstetrícia, residência médica em neonatologia, residência em enfermagem obstétrica e residência multiprofissional em neonatologia (HSF, 2021).

O HSF tem como princípios institucionais a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, equidade na assistência à saúde, participação da comunidade e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera. Todos os princípios são pautados nas diretrizes do SUS. Sua missão é desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, especialmente à mulher e à criança, em nível hospitalar e ambulatorial com qualidade e resolutividade, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo (HSF, 2021).

A instituição tem como visão um hospital público, universalizado, que ofereça um atendimento de qualidade aos usuários, principalmente à mulher e à criança, trabalhando em parceria com a comunidade e com mecanismos de controle social, dentro de um Sistema de Saúde hierarquizado e regionalizado, apostando em inovações propostas pela PNH, dentre elas a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde (HSF, 2021).

O estudo foi realizado na Casa de Parto Normal David Capistrano do HSF, um dos setores de referência deste hospital. O setor em questão, antes da pandemia, funcionava como local de internação de pacientes considerados de baixo risco obstétrico para a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério.

Unidade intra-hospitalar do HSF, propicia segurança, acolhimento e conforto à parturiente de baixo risco e ao recém-nascido, com assistência humanizada e de

qualidade e capacidade para atender até 150 partos ao mês. Construído com recursos do Ministério da Saúde e inaugurado em novembro de 2001, o CPN é a primeira Casa de Parto de Minas Gerais, onde a mulher tem livre escolha para a posição no trabalho de parto e parto, acesso ao parto na água e aos métodos não farmacológicos para alívio da dor (HSF, 2021).

Dispõe de cinco unidades pré-parto, parto e pós-parto. Situado diretamente ao lado do hospital da sua referência, o HSF, ambas as unidades fazem parte da Fundação de Assistência Integral à Saúde, uma instituição privada com missão filantrópica, que atende o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

A equipe diária é composta por uma enfermeira obstétrica com qualificação em reanimação neonatal, dois técnicos de enfermagem e um residente de enfermagem obstétrica. De acordo com a Portaria nº. 985/1999 cada CPN tem de dispor de um protocolo assistencial, que servindo de manual técnico, estabelece os critérios da admissão da parturiente, as condutas a serem tomadas durante a assistência no CPN e as condições clínicas da parturiente e do recém-nascido, que determinam a transferência de ambos no caso de intercorrências e desvios da evolução fisiológica (HSF, 2021; BRASIL, 1999).

Durante a pandemia, este local foi designado para receber e prestar assistência às mulheres (gestantes, em trabalho de parto ou não e puérperas) suspeitas ou confirmadas com o diagnóstico de COVID-19 que necessitavam de isolamento respiratório.

4.3 Participantes do estudo

O presente trabalho teve como participantes enfermeiros obstétricos, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem que atuam na assistência direta ao parto e nascimento no cenário do estudo no setor de acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, além de um representante da gestão da instituição. A amostra por conveniência foi realizada através da homogeneidade e sua seleção ocorreu a partir do recrutamento dos participantes a partir de critérios pré-estabelecidos em função dos objetivos da pesquisa (MAXWELL, 2005; TURATO, 2003).

O convite para participação na pesquisa foi feito pessoalmente pela pesquisadora aos enfermeiros obstétricos, enfermeiros assistenciais e técnicos de

enfermagem que atuam e atuaram no setor do estudo durante a pandemia da COVID-19 em ambos os turnos, por conveniência. Foi realizada apresentação da proposta e objetivos da pesquisa aos participantes pessoalmente. O convite foi estendido aos gestores da Instituição e coordenadora do setor de isolamento para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

Ao aceitarem participar foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a devida assinatura. Ao todo foram 26 entrevistados para a pesquisa. Não houve recusa do convite.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foi incluído no estudo os enfermeiros obstétricos, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem que atuaram, ou atuam no CPN da instituição no setor de internação dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 na assistência direta às mulheres no processo de parto e nascimento durante a pandemia, e uma representante da gestão do hospital. Como critério de exclusão, estabeleceu-se aqueles sujeitos que não se reconhecem como preceptores, que não atuaram no setor de isolamento durante a pandemia ou durante o período que o setor apresentava assistência mista, ou seja, o setor destinava à prestação de atendimento às mulheres em trabalho de parto de risco habitual com quartos e leitos exclusivos e/ou casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

4.5 Técnicas de Coleta de dados

Para obtenção de dados nesta pesquisa, empregou-se duas técnicas: observação participante e entrevista com roteiro semiestruturado. A coleta de dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora e ocorreu durante o período de 15 de setembro a 25 de outubro de 2022, no próprio local de trabalho dos entrevistados, ou seja, no hospital.

A observação participante foi realizada em setembro de 2022, por meio da permanência da pesquisadora em campo ao longo de quatro plantões de cinco horas, que cobriu diferentes equipes tanto noturnas como diurnas, contemplando aproximadamente vinte horas. Na ocasião, acompanhando a rotina do setor de isolamento respiratório durante a assistência da enfermagem assistencial e obstétrica

realizada em cenários distintos como admissão da mulher no pronto atendimento, nos quartos de pré parto, parto e pós parto, assim como na alta hospitalar do setor de isolamento.

Na observação participante, o pesquisador está presente numa situação social, face a face com os observados. Este procedimento sistematizado de coleta de dados possibilita identificar as atividades nas quais as pessoas estão inseridas no contexto da ação (MINAYO, 2015).

A presença do observador não deve interferir no comportamento e na espontaneidade dos indivíduos, ao ponto de desvendar os códigos do grupo e seus significados. O tempo de permanência mais prolongado no campo contribui para que os membros do grupo se acostumem com a presença do pesquisador (MINAYO, 2015)

A observação possibilitou captar como se processam as relações entre os participantes (profissionais e usuárias), quais os sinais faciais emitidos, a entonação da voz, as falas, pausas significativas que foram emitidas no cotidiano em observação. Para isso, foi preciso estabelecer uma relação no campo, atuando com respeito, empatia, abertura e sensibilidade para a lógica apresentada e para a cultura vivenciada (MINAYO, 2015).

Os profissionais foram receptivos, mostraram-se prestativos para orientar e ajudar nas indagações realizadas. Desta forma, foi possível mergulhar no cotidiano e buscar captar as relações de intersubjetividade, seja por meio da comunicação verbal pela participação nas práticas ou dos relatos dos participantes envolvidos nos diversos cenários do setor de isolamento respiratório.

A proposta para se entrar, como pesquisadora, no cenário do estudo foi de ter atitude aberta, desprendida de preconceções e de valores que pudessem interferir na percepção e na análise. Mesmo porque a pesquisadora já fazia parte do cotidiano como trabalhadora da instituição e docente. Vivenciar o cotidiano da assistência e do cuidado da equipe de enfermagem foi uma experiência única e enriquecedora.

Acredita-se que os dados coletados por meio da observação participante possibilitaram a aproximação com o objeto em análise. Segundo Minayo (2015, p. 219), “todo conhecimento é um conhecimento situado no tempo, dentro da especificidade histórica e da especificidade das relações sociais que o permeiam e o condicionam: é o conhecimento possível”.

A observação emprega os sentidos para a apreensão de determinados aspectos da realidade, não se baseia simplesmente em ver e ouvir, mas também em analisar fatos ou fenômenos que se deseja estudar (MARCONI; LAKATOS, 2013, p.111).

Os registros foram realizados por meio de anotações sistemáticas no diário de campo, logo após o término dos períodos de observação, rotineiramente utilizado, no qual foram registrados dados do dia e horário, além das impressões, sentimentos e reflexões da pesquisadora, o que possibilitou reproduzir os momentos vivenciados, de maneira a relatar a realidade dos cenários de investigação, de forma fidedigna, por meio dos trechos das conversas ou da interpretação das cenas vivenciadas.

Para possibilitar melhor análise dos fatos, foi preciso se posicionar em locais onde não houvesse interferência na prestação do cuidado e possibilitasse realizar os registros sem a perda das ações e reações. Nos momentos em que ocorriam diversas interações, optou - se por registrar as falas e expressões e, no momento de transcrever, ocorria a complementação das cenas, através da descrição da posição dos envolvidos, da disposição do local do atendimento e organização da equipe. Foram relatadas as ações de cuidado com o paciente e as relações que se permearam durante esse cuidado. Posteriormente, esses dados eram lidos, interpretados e digitados em formato de nota de campo, identificados de 1 a 4, correspondentes a cada plantão observado. As identidades dos observados foram preservadas. Estas notas totalizaram 8 laudas arquivadas na mesma plataforma do banco de dados da pesquisa.

Segundo Vianna (2007, p. 59), “há situações que impedem o registro imediato, por quebrar a naturalidade da ocorrência ou perturbar as pessoas envolvidas no ato da observação”. Por meio da observação participante a pesquisadora utilizou um roteiro de observação (APÊNDICE C) e foi elaborado um diário de campo, que foi utilizado no processo de análise.

As entrevistas também foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora. Os horários foram previamente agendados, de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado, no próprio local de trabalho dos entrevistados, ou seja, no hospital. Para garantir a privacidade e minimizar a interrupção, aconteceram em um ambiente reservado.

A entrevista para Minayo (2015) é a técnica mais utilizada por aqueles profissionais que tratam de problemas humanos valendo-se dessa técnica. É adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem,

esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como as suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Todas as entrevistas foram gravadas, após consentimento do entrevistado, em seguida transcritas na íntegra para que as informações analisadas fossem fidedignas aos relatos expressos. Foram validadas pela pesquisadora e pela orientadora do estudo. Os profissionais entrevistados foram unânimes em afirmar que não se sentiam constrangidos em responder às questões, o que contribuiu para minimizar a possibilidade de introdução de viés no teor dos depoimentos colhidos.

As coletas ocorreram com um roteiro semiestruturado (Apêndice A) e a pesquisadora conseguiu ter uma participação ativa no processo de entrevista, ultrapassando, sempre que necessário, as questões preestabelecidas no roteiro. Assim, torna-se possível ao entrevistado abordar o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2015). Não foi realizado teste piloto, da mesma forma não houve entrevista repetida. As notas do campo aconteceram durante e após a entrevista através do diário de campo reconhecendo como parte fundamental do método qualitativo, devido a suas variadas possibilidades de utilização.

Segundo Minayo (2015), as entrevistas podem ser consideradas conversas e se diferem pela sua forma de organização. Podem ser classificadas em: sondagem de opinião, entrevista semiestruturada, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada ou entrevista projetiva. A entrevista segue um roteiro que é utilizado pelo pesquisador. Facilita a abordagem dos participantes e apresenta a vantagem de possuir certo grau de flexibilidade para inserção de novas questões no decorrer da entrevista (MINAYO, 2015).

Os nomes dos participantes das entrevistas foram codificados para não serem identificados. Seus nomes foram substituídos por códigos alfanuméricos. Ao final, cada entrevista foi transcrita na íntegra. As transcrições não foram devolvidas para os participantes para comentários ou correção. Cada participante recebeu um código para garantir o anonimato, enumerado de acordo com a ordem cronológica das entrevistas.

As entrevistas semiestruturadas foram baseadas em um roteiro com questões abertas, e a observação participante, com aplicação de um roteiro-guia (Apêndice A, B e C). Foi utilizado um gravador digital para registrar as entrevistas, e as anotações oriundas das observações formaram um diário de campo. O diário contou com registro

de data, hora, e local da coleta de dados. Foi abrangido o maior conjunto possível de observações além de documentar eventos observando linguagem corporal, humor ou atitudes das pessoas, o ambiente geral, interações entre participantes, ambiente, e outras informações que possam ser relevantes.

4.6 Tratamento e Análise dos dados

A organização e análise dos dados foi realizada a partir de um desenho estruturado em três grandes dimensões de análise na linha da transversalidade, e indissociabilidade entre essas dimensões de processos e efeitos dela originados, sendo elas respectivamente:

Dimensão I: A Proposta institucional da equipe multiprofissional e de enfermagem no Centro de Parto Normal no Contexto da Pandemia da COVID-19. Apresentado como foco de processo de análise e efeito: Organização do processo de trabalho e ensino, arranjos, articulações de ações, recursos, mudança de fluxo institucional, modificação de rotinas, capacitações da equipe, treinamentos e educação continuada constante e estratégias de segurança.

Dimensão II: O Trabalho da equipe de Enfermagem no Contexto da Pandemia da COVID-19 na dinâmica no Centro de Parto Normal. Apresentado como foco de processo de análise e efeito: A equipe de enfermagem: os sujeitos no contexto do processo de trabalho e do ensino; as relações estabelecidas no processo de trabalho/ensino e a formação no contexto do trabalho.

Dimensão III: O serviço e sua dinâmica de prestação de cuidados aos usuários: As repercussões do cuidado no serviço. Apresentado como foco de processo de análise e efeito: A Reconfiguração do modo de Cuidar no processo de parto e nascimento com repercussões nos tipos de práticas de atenção incorporadas na dinâmica do serviço, na relação com os usuários e com suas práticas de gestão, cuidado e formação.

O desenho avaliativo, adaptado de Santos Filho (2014), ajustado para este estudo, se propõe a uma dinâmica de análise de processos e efeitos, funcionando como um movimento cartográfico que busca compreender a realidade buscando ao mesmo tempo produzir transformações.

Os dados foram codificados e agrupados após uma leitura ampliada, por meio de quadros e subcategorias. Posteriormente foram reestruturados de acordo com

diretrizes e dispositivos da PNH como referencial conceitual. Os resultados estão organizados através das dimensões propostas na metodologia de acompanhamento avaliativo transversal.

Com esse tipo de avaliação, buscou-se ampliar a análise em suas três dimensões indissociáveis e transversais, como descrito no QUADRO 1:

Quadro 1 – Desenho da metodologia “Acompanhamento –avaliativo” (Adaptado)

Dimensão I	↔	Dimensão II	↔	Dimensão III
A Proposta institucional da equipe multiprofissional e de enfermagem no Centro de Parto Normal no contexto da pandemia		O trabalho da equipe de Enfermagem no Contexto da pandemia da COVID-19 na dinâmica no Centro de Parto Normal		O serviço e sua dinâmica de prestação de cuidado aos usuários: As repercussões do Cuidado no serviço
Dimensões/Focos de processos e efeitos				
Organização do processo de trabalho e ensino, arranjos, articulações de ações, recursos, mudança de fluxo institucional modificação de rotinas, capacitações da equipe, treinamento e educação continuada constante e estratégias de segurança.		A equipe de enfermagem: os sujeitos no contexto do processo de trabalho e do ensino; as relações estabelecidas no processo de trabalho e ensino; formação no contexto do trabalho.		Reconfiguração do modo de Cuidar no processo de parto e nascimento com repercussões nos tipos de práticas de atenção incorporadas na dinâmica do serviço e na relação com os usuários e suas práticas de gestão, cuidado e formação.

Fonte: Santos Filho, (2010/ 2014)

A primeira fase de organização dos dados procedeu a partir da transcrição das entrevistas e da observação participante de forma integral e a realização de leitura flutuante e exaustiva do material, preservando as falas dos sujeitos em sua íntegra e permitindo uma retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. Nessa fase não houve nenhum processo de julgamento, crítica ou busca de núcleos de sentidos.

Na segunda fase, de exploração do material, as entrevistas foram selecionadas e agrupadas, em um primeiro momento, de forma linear, ou seja, as respostas de cada entrevistado, individualmente, foram lidas e relidas, na intenção de se realizar uma codificação, uma lapidação dos dados brutos para se alcançar núcleos de compreensão do texto integral buscando uma similaridade entre os dados auxiliando a construir o fio condutor das interpretações. Nesse momento os dados foram codificados e agrupados em dimensões e subdimensões após uma leitura ampliada, por meio de quadros e subcategorias e reestruturados de acordo com diretrizes e

dispositivos da PNH referencial conceitual. Os resultados estão organizados através das dimensões propostas na metodologia de acompanhamento avaliativo.

Por fim, na terceira fase, de tratamento e interpretação dos resultados, os dados foram interpretados e discutidos conforme a literatura de referência. Minayo (2015) recomenda que, nessa fase, seja realizado um movimento contínuo entre o empírico e o teórico, entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral.

4.7 Considerações Éticas

As etapas do projeto se deram em conformidade com os princípios éticos instituídos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) tendo como parecer nº5.620.425 emitido em 01 de setembro de 2022, (ANEXO B), ao Comitê de Ética em Pesquisa do HSF (CEP/HSF) tendo como parecer nº5.643.076 emitido em 14 de setembro de 2022 (ANEXO C) sendo a Instituição coparticipante após emissão da carta de anuência (ANEXO A).

Os riscos relacionados à participação são pequenos. Contudo, para minimizar os riscos e suas consequências imediatas, a pesquisadora interrompeu a entrevista e somente prosseguiu quando o participante assegurou o desejo e condições de retomar a mesma. Durante a entrevista houve desconforto de alguns participantes e mobilização emocional pelo conteúdo de algumas perguntas que estavam relacionadas a experiência vivida durante o contexto do estudo, mas com garantia do sigilo, e a certeza que podia desistir a qualquer momento, contudo ninguém desistiu. Além da garantia do sigilo, foi disponibilizado o serviço da Psicologia do hospital no caso de necessidade do entrevistado.

O benefício obteve-se com a reflexão crítica e atualizada sobre a temática, com o intuito de subsidiar ações mais assertivas da prática diária durante a pandemia, promovendo saúde a essas mulheres, recém-nascidos e suas famílias a fim de contribuir para uma assistência ao parto respeitosa e uma experiência positiva para essas famílias.

A pesquisadora e o serviço de saúde onde a pesquisa foi implementada asseguraram assistência integral e gratuita em caso de riscos que a pesquisa porventura venha trazer, durante e após sua implementação. Caso o participante da pesquisa sofresse algum dano associado diretamente à sua participação na pesquisa, foi assegurado seu direito à indenização por parte da pesquisadora e da instituição envolvida. Os recursos da pesquisa foram dispensados pela autora.

5 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em duas partes: a caracterização dos entrevistados e a segunda refere-se aos dados propriamente ditos, alinhados aos objetivos da pesquisa.

5.1 Caracterização dos Entrevistados

Com a preocupação de aprofundar a compreensão sobre os modos de cuidar das mulheres no ciclo gravídico puerperal, com repercussões tanto para quem cuida, como para quem é cuidado durante a pandemia da COVID-19, demonstrando a necessidade de reorganização e reajustes das práticas assistenciais obstétricas, sem, contudo, abrir mão da humanização, da segurança do binômio mãe-filho e da defesa dos direitos das mulheres por ocasião das entrevistas, foram coletados dados que permitissem caracterizar tais sujeitos.

A caracterização dos participantes permite entender melhor o seu perfil, bem como o local que ocupam dentro das instituições em que atuam. O Quadro 2 apresenta a caracterização das entrevistadas em relação aos dados demográficos.

As participantes desse estudo foram 26 trabalhadoras funcionárias, todas do sexo feminino. Com relação à idade das entrevistadas, verificou-se que a idade média foi de 31 anos sendo a mínima de 21 anos e a máxima de 57 anos. No que diz respeito à profissão, 13 são Enfermeiras Obstétricas, 5 são Enfermeiras Assistenciais, 7 são Técnicas de Enfermagem, e uma integrante da gestão do hospital.

A integrante da gestão entrevistada faz parte do colegiado gestor e atua na linha de Políticas Institucionais composta por três gestores no total. O colegiado gestor é composto por seis linhas institucionais com profissionais de diferentes áreas: Cuidado Materno Infantil (Perinatal), Políticas Institucionais, Ensino e Pesquisa, Apoio Administrativo, Apoio Técnico e Apoio ao Trabalhador. Apresentação na discussão

Em relação ao tempo de experiência profissional a média foi de 7 anos, sendo o mínimo de 1,5 anos e o máximo de 20 anos. No que se refere ao tempo de atuação no HSF a média foi de 6 anos. Dentre essas 22 participantes trabalham exclusivamente no HSF e 3 possuem outro vínculo empregatício. Em relação à cor/raça, 15 se autodeclararam pardas, 5 pretas e 5 brancas. As entrevistas duraram entre sete e trinta e oito minutos, seguindo uma média de vinte e nove minutos.

QUADRO 2: Caracterização dos Entrevistados

Entrevistado	Idade (anos)	Profissão/Ocupação	Tempo de experiência profissional (anos)	Tempo atuação no HSF (anos)
E1	39	Enfermeira Obst.	11	3
E2	30	Técnica de Enf.	3	2 e ½
E3	30	Enfermeira Obst.	1 e ½	3 e ½
E4	57	Enfermeira Assis.	24	24
E5	27	Técnica de Enf.	5	4
E6	24	Técnica de Enf.	2 e ½	2 e ½
E7	29	Enfermeira Obst.	3 e ½	3 e ½
E8	24	Técnica de Enf.	3	2
E9	39	Técnica de Enf.	12	4
E10	27	Enfermeira Obst.	1 e ½	3 e ½
E11	31	Enfermeira Assis.	8	1 e ½
E12	44	Enfermeira Assis.	16	8
E13	28	Enfermeira Obst.	5	5
E14	32	Enfermeira Obst.	10	10
E15	21	Técnica de Enf.	2	2
E16	27	Enfermeira Obst.	5	5
E17	30	Enfermeira Obst.	4	3 e ½
E18	35	Técnica de Enf.	14	13
E19	29	Enfermeira Obst.	4	2 e ½
E20	33	Enfermeira Assis.	8	4 e ½
E21	27	Enfermeira Obst.	4 e ½	2 e ½
E22	27	Enfermeira Obst.	3 e ½	3 e ½
E23	28	Enfermeira Obst.	4	4
E24	43	Enfermeira Obst.	11	11
E25	25	Enfermeira Assis.	1 e ½	1 e ½
E26	43	Gestora	20	20

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo realizada no HSF entre 15 e de set. 2022 à 25 de out. 2022

5.2 Dimensões de Análise

As dimensões encontradas ampliam as perspectivas avaliativas do estudo. Ao inserir na transversalidade, o pesquisador é convidado a cartografar os movimentos dos atores em cena, exercitando a atenção flutuante e aberta a elementos surpresas que podem surgir ao longo da trajetória (SANTOS FILHO, 2020).

5.2.1 Dimensão 1 - A Proposta institucional da equipe multiprofissional e de enfermagem no Centro de Parto Normal no Contexto da Pandemia da COVID-19

Os dados coletados nas entrevistas e observações participantes compõem os resultados das três dimensões indissociáveis, composta pelo desenho da metodologia de acompanhamento avaliativo. Esta dimensão 1, portanto, enfatiza o HSF no contexto da pandemia da COVID-19 no setor de isolamento respiratório destacando as seguintes subdimensões conforme descrito no quadro 3:

Quadro 3 Subdimensões da Dimensão 1

Subdimensões da Dimensão 1: A Proposta institucional da equipe multiprofissional e de enfermagem no Centro de Parto Normal no Contexto da Pandemia da COVID-19
Organização do processo de trabalho
Mudança de fluxo institucional
Estrutura física
Novas demandas
Modificações e atualizações diárias com as mudanças de rotina
Capacitação da equipe / Treinamento e educação continuada constante
Estratégias de segurança

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa

5.2.1.1 Organização do processo de trabalho

O CPN Dr. David Capistrano da Costa Filho funciona de acordo com a *Portaria nº. 985/1999* integrada ao HSF, porém preservando a autonomia do profissional enfermeiro, respaldado pela *Lei nº. 7.498*, que regulamenta o exercício da enfermagem no país. Ele é situado diretamente ao lado do hospital da sua referência,

como Unidade intra hospitalar do HSF. Ambas as unidades fazem parte da Fundação de Assistência Integral à Saúde, uma instituição privada com missão filantrópica, que atende o usuário do SUS.

Em março de 2020, iniciou-se um movimento de organização institucional para atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 visando a garantia de assistência obstétrica qualificada e de medidas ágeis de contingência com foco nas gestantes. Seguindo o que ocorreu no Brasil nessa fase, esse foi um dos CPNs que precisou se ajustar à pandemia. A opção vigente foi a organização do CPN como setor exclusivo para atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Sendo assim, o setor deixou de prestar assistência exclusiva para mulheres de risco habitual em trabalho de parto e iniciou-se a elaboração e implementação dos fluxos assistenciais e Planos de Contingenciamento da COVID-19 aliados ao treinamento da equipe.

Como estratégia estruturante, destaca-se a construção do Plano de Contingência para Enfrentamento à Pandemia da COVID-19 no HSF articulada às Políticas e Diretrizes estaduais e municipais. Várias medidas foram adotadas para assegurar as condições técnicas e organizacionais de proteção e segurança aos pacientes, acompanhantes e profissionais da instituição.

Os fluxos foram elaborados, desenvolvidos, avaliados e aprovados por membros da equipe técnica do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HSF. A criação dos fluxos ocorreu a partir de uma demanda institucional perante a pandemia, a fim de organizar os atendimentos obstétricos, favorecendo a segurança do paciente, reduzindo a exposição de gestantes, puérperas e bebês a potenciais agentes infecciosos, bem como protegendo a equipe assistencial da instituição.

Os entrevistados, em suas falas atribuem dificuldade com essa organização e adaptação profissional. Tais argumentos podem ser exemplificados nos relatos a seguir:

A organização do processo de trabalho foi muito difícil, tudo foi muito novo [...] então a gente tinha que ler muita coisa e a gente não conseguia entender realmente, foi conseguindo entender aos poucos, com o tempo. **(E3)**

A organização de isolamento em um setor que era totalmente destinado a receber mulheres em trabalho de parto de risco habitual, que era um setor totalmente livre, não foi fácil. Antes, se oferecia a liberdade para paciente sair dos quartos para fazer práticas integrativas, fazer caminhada no jardim e hoje não pode mais. **(E11)**

Em relação ao processo trabalho foram grandes mudanças até mesmo para adaptação desses profissionais do CPN a fim de entender os riscos

relacionados a suspeita de COVID-19 ou as de casos confirmados, e às vezes vinham com diversas comorbidades diferentes. Assim, o processo de trabalho mudou muito com relação à equipe e com relação às rotinas do setor. Fase inicial muito difícil. **(E14)**

Em relação ao processo de trabalho teve que abrir uma readequação dos profissionais do ambiente do trabalho do setor como um todo por ser algo desconhecido [...] foi um momento muito conflituoso, difícil para gente como profissional de saúde e para os pacientes também, né? Mas eu acho que à medida que as coisas foram sendo esclarecidas com conhecimento científico, ali o processo do trabalho foi se reorganizando com o andamento da pandemia. **(E17)**

Essa organização foi bem complexa e a gente precisou pensar em muita coisa, né? [...] Tanto para o bem-estar dos pacientes, quanto das famílias que a gente atendeu, quanto para nossa segurança mesmo durante o trabalho. **(E19)**

Com o surgimento da necessidade de readaptação do setor, os enfermeiros são postos como protagonistas no gerenciamento e prestação do cuidado em linha de frente no cuidado aos casos de infecção ou suspeitos pela COVID-19, sendo ele o profissional que necessita de domínio de todos os processos envolvidos. Para tanto, a integração de saberes no âmbito da classificação de risco, gerenciamento de riscos, de recursos humanos e condutas são os quesitos mais vislumbrados na prática corroborando com um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização que é o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

O CPN é o melhor ambiente para se ter a privacidade, mas depois da pandemia nós tivemos uma perda enorme. Então, percebo que nós como enfermeiras obstétricas empenhamos muito para manter a qualidade da assistência, mantivemos a organização do setor, orientamos os médicos sobre tudo isso, mas a infraestrutura nos limitou um pouco. **(E17)**

Eu estava de plantão no dia que começaram a desmontar o CPN para virar o setor de isolamento. Nossa o meu coração despedaçou porque eu fiquei pensando como seria e queria pensar em muitas estratégias, mas fiquei pensando assim[...]gente não é possível que seja a Casa de Parto, ela é nosso tesouro, local de atuação exclusiva da enfermagem. **(E21)**

A enfermagem teve seu papel primordial no cuidado durante toda essa internação. O papel da enfermagem era estar 24 horas cuidando então, era o profissional que estava mais próximo dessa usuária e desse bebê e foi o profissional que na maioria das vezes identificou outras situações. **(E24)**

O setor tornou-se um setor de alto risco em pouco espaço de tempo. A gente já estava acostumado com parto de risco habitual, atender um para um, e nós entramos numa realidade de setor de isolamento que tinha um número muito grande de pacientes e como a complexidade muito maior do que a gente estava acostumada a lidar aqui porque não era só uma clínica obstétrica era uma clínica médica, considerando os sintomas da COVID-19 que a gente ainda não sabia quais eram as repercussões fetais que poderiam trazer na

época. Meu cuidado como enfermeira precisou de passar por mudanças por causa da pandemia, nossa responsabilidade triplicou. **(E25)**

A ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, por meio da responsabilidade compartilhada interfere diretamente nas mudanças da gestão e atenção dos serviços, quando construídas coletivamente. Um SUS humanizado reconhece o papel de cada cidadão, assim como seus direitos, valorizando e incentivando o seu protagonismo. Portanto, os pacientes deixam de ser só pacientes e os trabalhadores não cumprem somente ordens. Eles fazem parte do processo de construção e produção de saúde (BRASIL, 2004).

Além disso, o papel do enfermeiro é um destaque. Com esta percepção, estudos como o de Gallotti *et al.*, (2021) reiteram que no processo assistencial o respaldo em ciência e foco no cuidado integral e efetivo estão associados à melhoria e eficácia do trabalho. Segundo Santos Filho (2020) o campo da saúde da mulher, com foco no cuidado ao parto e nascimento, serve como fonte metodológica indissociável dos modos de cuidado e de organização dos serviços obstétricos.

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população em um serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para tanto são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de co-responsabilização, de co-gestão, de grupalização (CAMPOS, 2005).

O campo de atenção ao parto e nascimento revela a ênfase dada ao preparo técnico de enfermeiros para a assistência ao parto, pouco se atentando ao seu preparo no referencial do trabalho em equipe e voltado para interferir nos processos de trabalho/gestão que continuam excluindo ou limitando sua inserção na prática diante da realidade atual dos serviços que requer profissionais qualificados e protagonistas para ajudar a mudar paradigmas prevalentes na atenção e organização do trabalho (SANTOS FILHO, 2020).

Uma diretriz importante da Política Nacional de Humanização é a Clínica Ampliada e Compartilhada que propõe integrar a equipe multiprofissional na busca de um cuidado integral, criando vínculo com o usuário além da possibilidade de tomada de decisões compartilhadas e comprometidas. Os entrevistados relataram ser

necessário uma reorganização que interfere nas formas de relacionamento no serviço, um planejamento do cuidado coletivo como afirmam:

Com relação a organização do processo de trabalho eu considero que aqui no Sofia Feldman a gente tem a particularidade de ter um trabalho colaborativo, né? É uma equipe composta principalmente por enfermeiras obstétricas, mas também temos uma grande equipe de enfermagem que compõem as enfermeiras assistenciais a técnicas de enfermagem além da equipe multiprofissional que nós temos, a psicologia, a terapia ocupacional, a fisioterapia, enfim, quando se trata de um trabalho colaborativo a organização é muito no sentido de discussão de caso. A equipe considera o planejamento de cuidado de uma forma multiprofissional, então a organização do trabalho gira em torno disso a multidisciplinaridade. **(E21)**

O contexto da enfermagem está voltado para o profissional a fim de prestar qualificação, um cuidado às mulheres diante da Política de Humanização. E na pandemia contamos muito com a atuação da equipe multiprofissional no setor de isolamento respiratório. **(E24)**

A gente precisava ficar atento para tudo, porque o processo ficou muito mais complexo. Então a gente contava com muito apoio de outras profissões além dos médicos, dos fisioterapeutas, e terapeuta ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, todas as profissões que poderiam estar aqui e que tinham que estar aqui. **(E25)**

Segundo Santos Filho (2020), as equipes podem avançar em movimentos ou práticas de agenciamentos de novos sujeitos, elementos e recursos tanto para ampliar as interpretações da realidade como em agenciamentos de novas forças buscando o desvio de rotas para enfrentamentos das situações. O autor ainda completa que os coletivos de trabalhadores aprendem e põem em funcionamento a tomada de decisões para dar conta do trabalho e do cuidado, sendo-lhes útil na acepção de produção de serviço, enfatizando que a análise do trabalho traz em si um potencial de ampliação do entendimento coletivo, fazendo emergir incômodos (entre pares), mas sendo úteis para ampliar a relação de confiança (SANTOS, 2020).

5.2.1.2 Mudança de fluxo institucional

O CPN é um local que carrega um significado simbólico de renovação das práticas obstétricas, com paradigma próprio e necessário para a transformação da cultura predominante nas instituições que prestam assistência ao parto. Antes da pandemia a classificação de risco de todas as usuárias ocorria no Pronto Atendimento do hospital e posteriormente as mulheres que tinham critérios e desejo de ser encaminhadas ao CPN eram admitidas neste setor após serem internadas. Na

maternidade está implementado o Acolhimento com Classificação de Risco (A & CR) segundo o que é preconizado pelo MS desde 2014. Assim, “o A & CR levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente” (BRASIL, 2014, p.9).

A partir de março de 2020, toda mulher sintomática respiratória ou com história de contato próximo, suspeita para COVID-19 passava por três triagens. Pacientes sintomáticas respiratórias eram triados na portaria do hospital e direcionados ao CPN. As tomadas das ações preventivas como o uso da máscara cirúrgica ocorriam a partir da entrada do serviço. As mulheres e acompanhantes sem sintomas respiratórios eram orientados sobre o uso contínuo das máscaras de tecido ao entrar no hospital. O reconhecimento dos casos suspeitos antes mesmo de as pessoas adentrarem o serviço se constituiu numa rotina primordial para evitar a disseminação do vírus no pronto atendimento e demais setores do hospital, assim como para proteger as demais pessoas em atendimentos e a equipe de saúde (HSF, 2021).

Ao ser conduzida para o setor de isolamento respiratório, o CPN, essas mulheres eram acolhidas pela enfermagem através da classificação de risco. Nesse momento, a enfermeira da triagem no CPN preenchia o formulário de atendimento e realizava a classificação de risco de gravidade de acordo com o Sistema de Vigilância e Alerta para Morbidade Materna Grave (SISMOM). O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, processo constituído como uma prática importante de produção e promoção da saúde, sendo de responsabilização do trabalhador/equipe desde a chegada do usuário até sua saída, contemplado com uma escuta qualificada que permita analisar a demanda garantindo uma atenção integral, resolutiva e responsável (HSF, 2021).

A avaliação médica era a 3ª triagem. Nesse momento, o médico obstétrico confirmava ou descartava a hipótese de caso clinicamente suspeito, pois na época ainda não tínhamos os testes rápido de COVID-19. As gestantes e puérperas definidas como suspeitas eram alocadas no CPN devendo ser manejadas conforme fluxograma e manejo da gestante/puérpera da instituição segundo o plano de contingência. Contudo, uma grande dificuldade observada nas entrevistas foi com relação ao atendimento médico, com os casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, que eram muito demorados uma vez que era a mesma equipe médica responsável pelo atendimento no hospital e no CPN (HSF, 2021).

A mudança de fluxo institucional e o processo de trabalho foi modificado devido a exigência mesmo que a pandemia nos trouxe com os fluxos a fim de diminuir os riscos de contaminação entre pacientes, acompanhantes e profissionais de enfermagem principalmente que estavam ali à frente do trabalho o tempo todo com as mulheres, mas o atendimento com o médico demorava muito. **(E5)**

Várias rotinas foram modificadas, né? Dentre elas, a principal de todas foi o fluxo funcional e o fluxo do setor da instituição no decorrer de todo esse processo da pandemia. As mulheres suspeitas ou contaminadas entravam pela portaria, eram admitidas na recepção do setor e lá mesmo elas eram triadas. Muitas vezes esperavam horas para ter atendimento médico e com isso algumas ficavam toda hora chamando na campainha de fora. **(E7)**

Os médicos demoraram muito a descer para avaliar essas mulheres, eu acho que é porque eles tinham medo e eu também acho que é porque a demanda era muito grande, mas muita gente ia embora porque ficava três a quatro horas esperando atendimento do médico depois da classificação de risco. **(E8)**

Muitas dificuldades principalmente pelo atendimento médico que era demorado. O atendimento da enfermagem podia ser rápido, mas o atendimento do médico [...] até ele descer e atender esse paciente demorava muito. **(E11)**

Quando tinha que ter avaliação médica, às vezes a mulher ficava lá por horas esperando. Tinha uns 2 obstetras só no plantão e eram os mesmos que atendiam as demandas de todos os setores do hospital, inclusive do setor de isolamento. Então, às vezes a paciente ou acompanhante ficava muito agressiva com nós da equipe de enfermagem e a gente tentava explicar que era um atendimento do médico. Teve que ter muita paciência e muito esclarecimento para essas pessoas o tempo todo. **(E18)**

O fluxo foi totalmente modificado, as mulheres triadas na portaria já iam na recepção do setor onde era feita a classificação e a partir de então aguardavam uma avaliação médica, demorava muito. **(E20)**

O CPN se tornou mediante a pandemia uma necessidade médica e essa necessidade médica torna um serviço demorado. A gente precisava deles para resolver praticamente tudo. **(E23)**

A comunicação entre diferentes sujeitos, numa situação de compartilhamento em rede, e voltada para o enfrentamento de problemas que emergem nos cotidianos do trabalho envolve aprendizagens que fazem dinamicamente a partir das situações vividas, desenvolvendo a competência com os processos concretos de trabalho, na medida em que se aumenta o grau de transversalidade e o poder de agir dos coletivos de trabalhadores. A multiprofissionalidade diz respeito ao trabalho conjunto de várias categorias que culmina na articulação das ações e cooperação mútua com foco em um objetivo comum. A eficácia da assistência à saúde demanda uma modalidade de trabalho em equipe com a conexão das diferentes ações e profissionais distintos (CLOT, 2010).

Uma outra situação observada e relatada pelos entrevistados foi a dificuldade da equipe da portaria em realizar a triagem dos casos suspeitos, como mencionada nas falas a seguir:

Dependendo de como era feita essa primeira triagem lá na portaria, a paciente chegava no setor isolamento e aguardava a classificação de risco, mas assim que era classificada, observava que não era critério de estar no setor de isolamento, então creio que foi um ponto negativo. **(E11)**

Às vezes o porteiro confundia se o isolamento era quando as mulheres apresentavam dois sintomas ou mais. Então algumas mulheres eram encaminhadas para o CPN sem terem critérios. **(E18)**

De acordo com o protocolo institucional, essa primeira triagem era realizada pelo porteiro que era orientado a verificar se o usuário/ acompanhante possuía sintomas gripais (febre, tosse ou dificuldade para respirar) nos últimos 10 dias e a medir temperatura de todos os usuários/acompanhantes, além de questionar a respeito de contato com caso confirmado ou suspeito de COVID 19 nos últimos 14 dias. No caso de ser consulta para recém-nascidos, perguntar para a mãe se ambos apresentavam algum sintoma respiratório e aferir a temperatura.

Outra situação relatada por alguns entrevistados foi a dificuldade de orientar as mulheres que estavam sintomáticas, mas que testaram positivo para COVID-19 durante o acolhimento no pronto atendimento do hospital e precisaram ser encaminhadas para o setor de isolamento respiratório.

De acordo com a OPAS, em Abril de 2020 o primeiro lote de um total de 10 milhões de testes rápidos foram adquiridos com recursos do governo brasileiro. A aquisição desses materiais via OPAS fez parte dos esforços do MS na busca de novas compras no mercado nacional e internacional para início e ampliação da testagem do Coronavírus no país (OPAS, 2020).

Elas questionavam muito porque estavam sem sintomas, mas tinham testado positivo, então era algo realmente muito complicado, sabe? Isolar esse tipo de paciente é muito complicado e exige muita orientação e paciência. **(E11)**

Às vezes a mulher não tem nenhum sintoma, ela passou pela portaria porque não tinha nenhum sintoma. Ela vai para admissão não tem nenhum sintoma mas quando ela chega lá na recepção e faz a triagem com classificação de risco, é atendida e faz o teste que dá positivo, então o fluxo é modificado e normalmente ela e o acompanhante ficam muito nervosos. **(E15)**

De fato, as estratégias de testagem sustentam a resposta da Saúde Pública à pandemia e ajudam a diminuir o seu impacto nas populações vulneráveis e nos

sistemas de cuidados das mulheres e suas famílias nas maternidades, assegurando o isolamento adequado recomendado. O momento da internação é oportuno para esclarecimentos, evitando as incertezas que geram o sentimento de medo que pode ser vivenciado pelas mulheres. Elas temem o que é desconhecido, o que pode vir a acontecer com elas e com seus filhos, desconhece como poderiam interagir com a equipe assistencial e sentem-se fragilizadas com tudo.

Os entrevistados também mencionaram pontos positivos e facilitadores com a mudança do fluxo institucional dentro do hospital, como as falas a seguir:

A mudança de rotina do setor foi muito organizada desde que iniciou a pandemia e que o CPN funcionou como um setor de isolamento. Dessa forma, desde a entrada até a alta hospitalar todas as mulheres suspeitas ou confirmadas ficavam somente nesse setor. **(E4)**

Eu entendo que a gente conseguiu trabalhar bem em equipe e acho que esse é um ponto facilitador muito importante porque apesar que estar todo mundo triste, estava todo mundo mal porque estava desmontando a Casa de Parto por exemplo, a gente estava entendendo que não tinha outra saída, precisava de ter um lugar específico para atender a demanda da pandemia então trabalhar em equipe no sentido de tentar ver as melhores formas de organizar o espaço para ter um mínimo de contaminação foi um ponto positivo. **(E21)**

É importante ressaltar que essa reorganização assistencial com a mudança dos fluxos foi feita de maneira articulada, preservando o cuidado às gestantes. Nessa nova organização, fluxos e processos de trabalho foram revistos, protocolos foram elaborados e realizadas capacitações como veremos nas próximas subdimensões.

5.2.1.3 Estrutura física

Uma reorganização do serviço e do setor em termos de estrutura física, do quantitativo de profissionais, dos processos assistenciais e do cuidado realizado tornou-se imprescindível e emergente para dar resposta à pandemia. Inicialmente, recebíamos as mulheres e seus acompanhantes no CPN, por uma entrada dedicada com acesso direto aos 5 quartos de isolamento. Rapidamente esta solução se esgotou, havendo necessidade de ocupar outros locais de isolamento temporariamente como duas enfermarias que outrora eram destinadas ao alojamento conjunto.

Foram definidos locais próprios para colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual, bem como circuitos para os alimentos, os medicamentos, os prontuários, os lixos além dos materiais de consumo clínico que ficavam dentro dos

quartos (HSF, 2021). Alguns dos entrevistados relatam que o espaço para o isolamento respiratório era pequeno, todavia outros referem uma vantagem ter esse espaço intra hospitalar.

Aqui no Sofia conseguimos deslocar os pacientes para o setor de isolamento, para o CPN. Assim, nós conseguimos realmente separar todos os acompanhantes dos pacientes do restante do hospital porque na maioria dos hospitais não aconteceu dessa forma. Muitas das vezes não tem como separar. É o mesmo local onde as pacientes fazem suas refeições. Assim, os acompanhantes não tem banheiro individualizado e acaba que são problemas e pontos dificultadores nos vários outros serviços de saúde. Aqui no Sofia nós conseguimos esse ambiente de isolamento que foi o CPN onde conseguimos acomodar essas mulheres e seus acompanhantes orientando o tempo todo sobre os cuidados e os planos de contingência que nós tínhamos. **(E1)**

Nenhum hospital tinha um espaço próprio separado para isolamento da fase pandêmica então fica difícil porque o espaço é pequeno. O dificultador foi adaptação do espaço, nosso espaço é muito pequeno. **(E3)**

A gestora fala sobre a escolha do local de isolamento e da preocupação institucional com a garantia dos direitos das mulheres demonstrando preocupação com o cuidado e com as necessidades das mesmas.

O CPN foi nossa escolha como o lugar que a gente conseguiria isolar na instituição, para as mulheres, e tentar que o cuidado dela lá fosse o mais adequado. Por exemplo, se ela fosse COVID-19 positivo, ela poderia ter a experiência de parto dela, que não fosse uma cesárea porque ela tá com COVID positivo. Então, para a mulher ter a experiência de um parto diferenciado e individualizado essa caminhada foi difícil mas foi muito bem negociada. **(E26)**

Há de se compreender que nossos pontos de vista se definem a partir de um lugar e experiência vivida. Isso resulta em que as realidades e suas explicações sempre serão múltiplas, porque são condicionadas ao horizonte do observador, como foi observado nos relatos dos entrevistados acima. Conforme Santos Filho (2020), só é possível ampliar a captação/acompanhamento da realidade, ou capacitação de sinais que melhor revelem sua multiplicidade fazendo construções e desconstruções do olhar. Os disparadores do olhar sobre o próprio trabalho ajudam a despertar a atenção a algo que não está acostumado e o olhar de criação/invenção para com as modificações pertinentes.

Diante da dificuldade relacionada à estrutura, a distância entre indivíduos inferior a dois metros é considerada pela SES/MG (Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais) como contato próximo. Porém, Segundo a OMS e a OPAS, a distância a partir de um metro é segura para se evitar a transmissão da COVID-19 por gotículas

inalatórias (OMS/OPAS,2020). Dessa forma, o protocolo institucional adotado de distanciamento foi essa distância mínima segura entre indivíduos, em uso de máscara de proteção, a partir de um metro.

Nós tivemos uma dificuldade muito grande com relação à estrutura porque como eu disse não é o setor que não estava preparado para isso, mas a gente não conseguia manter os pacientes isolados. **(E13)**

A gente não conseguiu fazer tudo que a gente precisava de fazer, o nosso espaço é um espaço muito limitado. É um espaço que eu tenho uma quantidade x de leitos e essa quantidade de leitos foi crescendo seguindo a demanda do dia a dia. Foi muito desafiador. **(E16)**

Como dificultadores, a primeira questão é de infraestrutura mesmo. Um hospital como nosso e como a maioria dos hospitais não estavam preparados para lidar com esse tipo de atendimento. A falta de uma infraestrutura adequada para atender toda a demanda gerou uma grande dificuldade, porém as enfermeiras organizavam o setor de acordo com os casos e isso foi primordial. **(E17)**

Esse ano mesmo em janeiro, fevereiro, março de 2022 nós deparamos com outros lugares e mais enfermarias fechadas para COVID-19. Então além da Casa de Parto nós tínhamos uma enfermaria emergencial no hospital dia uma enfermaria no alojamento conjunto fechada para assistência de puerpério de mulheres ali isoladas, mulheres que estavam ali suspeitas de COVID-19. A enfermagem teve muita sensibilidade. **(E21)**

A gente tinha bem dividido os quartos que eram para trabalho de parto, quartos que eram para pós-parto imediato e de repente a gente tinha mais de uma mulher parindo no mesmo quarto. Durante um tempo teve que mudar os quartos que eram de pós-parto para virar PPP de parto também para receber essas mulheres, e separando os casos clínicos para tentar manter a humanização e as mulheres que estavam na mesma fase, né? Quem já tinha ganhado bebês ficavam juntas, as mulheres que passavam a experiência com decesso abortamento ficassem juntas também e considerando também o quadro clínico da COVID-19. O enfermeiro fazia a gestão de leitos o tempo todo. **(E25)**

Os serviços de saúde têm autonomia para orientações específicas, considerando suas características próprias e as recomendações supracitadas de acordo com as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Ainda com tantos desafios, a enfermagem conseguiu realizar avaliações individualizadas dos casos, cuidando das mulheres e seus recém nascidos de forma humana e respeitosa de acordo com os relatos dessas entrevistadas.

5.2.1.4 Novas Demandas diante do contexto

O contexto da pandemia exigiu que os profissionais reformulassem suas habilidades e competências, a fim de se adequar ao desenvolvimento de um cuidado que estivesse apto para suprir as altas demandas inerentes a cada plantão.

Foi bem difícil organizar dentro da rotina o volume de pessoas para o espaço que a gente tinha com as demandas. Assim, todas as mulheres, tanto suspeitas quanto positivas no geral, aumentaram muito. Então, nós ficamos com uma sobrecarga muito grande. **(E3)**

Naquela época demorava alguns dias para sair os resultados dos exames e com isso houve um choque muito grande da equipe por que os funcionários ficaram afastados 14 dias, né? Então demandava muito da gente que ficava lá dando conta do plantão, no meio a alta demanda. **(E8)**

Às vezes não era possível as mulheres ficarem sozinhas no mesmo quarto com seus acompanhantes e com seu bebê porque na verdade a demanda foi muito alta durante esse período. Então a medida do possível tentamos fazer uma boa gestão de leitos colocando mulheres com os mesmos casos dos mesmos quartos. **(E4)**

Nós tivemos uma superlotação e às vezes tivemos que deixar o setor de cabeça para baixo em alguns plantões. Já cheguei a ter mais de 15 a 20 pacientes dentro do setor, que é pequeno. A demanda foi assustadora. **(E13)**

Ao longo desses meses da pandemia, muitas questões foram enfrentadas e um grande aprendizado refere-se ao desafio de atuar com compromisso mantendo o cuidado da enfermagem e se adequar com agilidade e competência às novas demandas colocadas pelo contexto pandêmico, demonstrados pelas falas a seguir:

Então essa configuração do CPN antes da COVID e após a COVID-19 ela foi perdida porque assistência um-para-um não existia mais. Você ter essa disponibilidade para mulher era impossível porque o que nós vivemos durante a COVID foi o setor congestionado sem estrutura adequada. Aconteceu que no mesmo quarto a gente tinha 2-3 pacientes em trabalho de parto, em indução, abortamentos...então nós tivemos muitos desfechos completamente diferentes dentro do mesmo ambiente na alta demanda. **(E17)**

Um dos fatores dificultadores foi o fluxo intenso. A demanda era altíssima e por mais que a gente gostaria de aglomerar o mínimo possível a gente acabava não conseguindo pelo número de demanda que tínhamos e acabou que aglomeravam muito, setor sempre lotado. **(E19)**

Uma explicação comumente atribuída pelos profissionais firmou-se em elementos como a sobrecarga de trabalho, os recursos humanos escassos, o esgotamento físico e mental dos profissionais, a carência de infraestrutura adequada. A agregação desses problemas pode gerar ambientes estressantes, desqualificados e passíveis da ocorrência de erros.

A gente enfrentou muitos desafios como pacientes pelos corredores. A gente não gostaria, não deveria deixar, mas a gente não tinha outra opção. Tipo, eles precisavam de assistência e o serviço precisava fluir, precisava seguir, mas a gente enfrentou sim grande dificuldade de reconfigurar essa assistência e prestar uma assistência de qualidade dentro daquilo que a gente propõe fazer com aquilo que a gente tem em mãos. **(E19)**

Um ponto dificultador é o fato de ter poucos funcionários diante do fluxo de atendimento que nós tivemos o ano passado e no início deste ano. **(E21)**

Eu já peguei o CPN lotado mesmo, com gente no corredor. Sabe, elas deveriam estar isoladas mesmo mas não estavam, né? Dentro do quarto não tinha jeito a nossa demanda foi alta a infraestrutura estava muito comprometida porque realmente não foi planejado né, para ser um setor de isolamento então a maior dificuldade sem dúvida foi com relação ao pessoal e ao fluxo enorme que a gente estava vivendo naquele momento. **(E22)**

A assistência no setor de alto risco às vezes era bem desafiadora. Uma mulher dessaturando de um lado e outra parindo de outro, então era uma luta para a gente dar conta. A gente tinha que ter muita precaução com tudo que estava acontecendo com a gestão do nosso tempo, mas, às vezes a gente não conseguia oferecer uma assistência de qualidade pelo fato principalmente da alta demanda. **(E23)**

O que se pode antever é que a demanda por serviços hospitalares, incluindo as maternidades, retraída no período mais crítico da pandemia provocou novos desafios que evidenciaram a necessidade de reorganização do processo de trabalho, levando-se em conta as consequências advindas com o novo coronavírus e as especificidades relacionadas ao parto e nascimento.

5.2.1.5 Modificações e atualizações diárias com as mudanças de rotinas

Foram implementadas medidas para mitigar o risco de transmissão, dentre elas podemos citar: suspensão das visitas, uso obrigatório de máscara, manutenção do distanciamento social, orientação sobre a higienização das mãos com água e sabão ou com o álcool em gel da unidade, observando e questionando sobre sintomas gripais ou contactantes sintomáticos (HSF, 2021). Notou-se nas falas dos entrevistados as principais rotinas modificadas na instituição.

Antigamente quando era risco habitual a gente não precisava ser paramentada, nem técnico, nem limpeza, nem pediatra, nem médico, ninguém [...] hoje mudou tudo, a gente tem que ser paramentada, ter maior cuidado entre uma paciente e outra, temos que colocar capote identificando o nome das pessoas que usam. Tem que ter muito cuidado ao realizar a troca dos materiais. Para tudo nós utilizamos máscaras, luvas, *face shield*, capotes, toucas e os pacientes devem ficar o tempo todo de máscaras. **(E4)**

As rotinas foram muito modificadas no CPN, principalmente porque nós temos um contato muito próximo com as mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Mas na pandemia nós tivemos uma rotina muito

específica com as mulheres e com os acompanhantes. A forma de abordagem, aproximação, então mudou muita coisa, praticamente a mudança de fluxo institucional com a rotina diferenciada e o processo de trabalho. **(E5)**

Várias rotinas foram modificadas, dentre elas a principal de todas foi o fluxo mesmo da instituição que foi modificado no decorrer de todo esse processo de pandemia. Então as mulheres entravam pela portaria, eram admitidas na recepção do setor e qualquer mulher suspeita ou contaminada lá mesmo elas eram classificadas e muitas vezes esperavam horas para ter atendimento médico. Com isso algumas ficavam toda hora chamando batendo campainha de fora. Elas chegavam a evadirem, muitas iam embora porque estavam há muitas horas esperando. Elas não tinham paciência de ficar tanto tempo esperando e isso deixava o setor realmente um pouco mais tenso, tumultuava o setor, não foi fácil. **(E7)**

A mudança organizacional com as modificações de rotinas consistiam na transição de uma situação para outra diferente, o que implicou na busca por novos caminhos, novas soluções e reorganizações. As boas práticas de cuidado das mulheres e bebês a partir de evidências científicas atualizadas estiveram presentes e foram preservados os direitos das mulheres, cujo apoio da gestão foi decisivo para assegurar os processos de mudanças relacionadas à pandemia sem perdas para a qualidade e segurança da atenção à saúde.

Não havia troca de acompanhante, desde a internação até a alta, além delas não terem visitas. Bom outra coisa, também eram orientadas a não sair dos quartos. As pacientes que tinham alta estavam positivas, ou que estava com algum sintoma era realizado uma limpeza terminal no leito no quarto e quem higieniza também tinha que ficar com uma roupa adequada com proteção né para proteção de funcionário. A rotina do setor ficou pesada para todo mundo. **(E10)**

As rotinas a grosso modo também mudaram, as altas foram mais rápidas o tempo que a gente passava avaliando também reduziu porque eu queria reduzir o risco da contaminação. Mas todas as mulheres tinham acompanhantes, isso não mudou. Ah, outra mudança foi que todos os serviços tinham que vir no setor, laboratório, pessoal do refeitório. **(E16)**

Eu acho que algumas rotinas foram modificadas diariamente e eram necessárias, porque ia depender do estado que a paciente se encontrava em si desde estável e instável desde sintomática e assintomática. Então, algumas rotinas do nosso dia a dia precisaram ser modificadas, como por exemplo, a nossa permanência no setor, né? A permanência de um único acompanhante também, mas ele sempre estava lá. Ao longo do período de trabalho, dificilmente a gente saía do nosso setor para fazer outra coisa, ou para se alimentar, a gente não tinha mais acesso ao refeitório, a equipe se alimentava no próprio setor para evitar o contato com outras pessoas. Com relação ao horário de descanso nós não poderíamos misturar nossas camas para evitar contaminação. **(E19)**

As falas das participantes sobre os desafios com as mudanças de rotina corroboram o discurso apresentado pela representante da gestão, como no trecho apresentado a seguir.

A enfermagem teve um grande desafio de pensar na integridade da mulher, na especificidade da mulher, no cuidado da mulher, no desejo da mulher diante de tanta mudança nas rotinas do setor. Algo que foi sempre muito bem defendido pela enfermagem né, que trabalha de forma muito ativa na garantia dos direitos das mulheres, e sempre teve um papel muito importante, principalmente em trabalho de parto. **(E26)**

O que antes era permitido como a presença de doula, fotógrafos, escolha livre para local do parto (na água, por exemplo) sofreu um grande impacto na assistência obstétrica direta à mulher, além de uma necessidade de reorganização do cuidado. É importante lembrar que os direitos da mulher devem ser garantidos e para serem cumpridos é importante conhecimento destes.

Casos de partos prematuros e casos de gestantes que já tinham outras afecções e que foram potencializadas por conta desse vírus, se tornaram cada vez mais comuns. Em virtude dessa situação, foram estabelecidas mudanças, dentre elas, com relação a acompanhantes durante o parto e internação, a presença de doulas, fotógrafos e até visitantes não é mais recomendado; e mudanças com relação à amamentação, que dependendo do estado da lactante, poderia ser realizado com certas precauções (BRASIL, 2020).

Mesmo diante de um cenário adverso, os direitos das gestantes devem ser respeitados, mas algumas maternidades e hospitais, como forma de prevenir a COVID-19, têm adotado o isolamento no momento do parto. Esta medida diz respeito à não permissão de um acompanhante antes, durante e após o parto, direito esse apoiado na Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante. Dessa maneira, é importante que os hospitais e maternidades reconheçam os direitos das gestantes para garantir um cuidado humanizado e seguro. Para isso, podem ser adotados protocolos de paramentação e outras estratégias de proteção e prevenção, de modo a evitar a infecção do vírus e assegurar os direitos das gestantes (MS, 2020).

Entretanto, as mulheres podem encontrar dificuldades contrapondo o que enfatiza a Declaração ICM intitulada “os direitos das mulheres no parto devem ser mantidos durante a pandemia”. A declaração é um marco referencial para que a resposta à pandemia garanta o atendimento às necessidades de mulheres e bebês, num momento singular de suas vidas, o parto e o nascimento; mas também a outros

direitos reprodutivos: “Toda mulher tem o direito à informação, a dar seu consentimento, a negar-se a consentir e que sejam respeitadas e defendidas as suas escolhas (ICM, 2020).

5.2.1.6 Capacitação da equipe/Treinamento e educação continuada constante

Quanto ao treinamento da força de trabalho de enfermagem para o enfrentamento da pandemia de acordo com a rotina do setor, a maioria dos entrevistados mencionaram que a capacitação foi muito importante durante essa fase inicial, sendo os treinamentos direcionados principalmente às estratégias de proteção, prevenção, uso correto dos equipamentos de proteção individual, paramentação e desparamentação, e manejo dos casos positivos suspeitos e positivos.

Eu percebo que nós tivemos acesso aos protocolos institucionais que de certa forma mudaram muito durante a pandemia da COVID-19 com as atualizações. Mas, foi muito importante para nós como equipe que estávamos à frente ter acesso a esses materiais e a essa discussão com a infectologista da instituição. **(E6)**

Aqui no hospital as coisas chegam muito rápido, então acho que isso ajudou muito na comunicação, porque hoje a gente tem as tecnologias e as redes sociais que ajudam. Assim, toda hora era compartilhado o protocolo novo, descobertas, e isso ajudou pois acaba que ficou mais fácil disseminar a informação e circular de uma forma muito mais rápida entre nós profissionais. **(E9)**

Foi um processo muito difícil, mas através da equipe de infectologia do hospital e com apoio das coordenações a gente teve acesso a criação de protocolos com fluxos que foram criados aos poucos. **(E12)**

Nós tivemos também treinamento como o setor de núcleo de segurança do paciente e da infectologia. De forma geral, nós somos treinados da forma correta, e como usar a paramentação e como desparamentar e sair do quarto durante toda a internação desse paciente. **(E13)**

Para ampliar o acesso às notícias foi criado um grupo específico no WhatsApp que foi uma ferramenta bastante eficaz na educação em saúde continuada, já que a comunicação constitui-se fundamental para esclarecimentos, possibilitando canais de fala e escuta como relatam os entrevistados nas falas:

Nós tivemos um apoio muito importante da nossa infectologista. Ela orientava bastante a gente, então, nós tivemos capacitações, além do acesso aos protocolos atualizados. Os protocolos mudaram muitas vezes, e se atualizavam, mas nós conseguimos acompanhar as atualizações que nos eram enviadas pelo WhatsApp e também eram dados treinamentos. **(E4)**

Bom, um dos aspectos facilitadores que eu aponto que foi de grande valia, já que se tratava de algo que era totalmente novo e desconhecido por todos foi criado um grupo no WhatsApp para que todos os funcionários que estavam ali trabalhando naquele setor de isolamento pudessem receber as atualizações sempre que surgia alguma coisa nova. Então, nesse grupo mantido até hoje, nós temos profissionais desde os técnicos de enfermagem até a própria coordenação do setor, enfermeiras obstétricas, enfermeiras assistenciais, infectologista. **(E14)**

Com relação a qualificação do serviço, nós passamos por treinamentos, por algumas qualificações e acesso ao grupo de WhatsApp do setor, mas era assim uma doença muito nova. Então, ela chegou dando um pontapé e evoluiu muito rápido. **(E19)**

Então, a gente precisou ter um compromisso muito grande e se manter atualizado com as novas recomendações com o que era, o que não era recomendado, do tempo de isolamento necessário, os procedimentos que precisavam ser feitos logo após o parto e durante o parto. A gente se sentia seguro pois existiam protocolos atualizados o tempo inteiro e repassados para a equipe, principalmente pelo WhatsApp. A atualização entre a equipe também era de extrema importância, pois às vezes um colega conhecia algo novo e trazia para o serviço e a gente discutia, a gente podia implementar na prática alguma intervenção que já não era mais necessária, por exemplo. **(E25)**

Porém uma entrevistada relata a fragilidade da capacitação e que a mesma não foi contemplada com o treinamento por ter chegado ao setor de isolamento respiratório tardiamente, ou seja, quanto os treinamentos não eram mais frequentes. Relativamente no plantão noturno é pontuado que:

Na verdade eu não sabia ao certo como era o trabalho que eu ia fazer quando fui escalada no setor do CPN. Eu sabia que tinha que ter algumas medidas de precaução para entrar nos quartos, para chegar próximo da paciente, mas eu não sabia especificamente como funcionava. E o protocolo e se não foi passado para mim e nesse sentido faltou passar informação porque eu trabalho no plantão noturno e sempre o plantão noturno realmente fica defasado com relação aos treinamentos e à informação. **(E18)**

Em relação a importância da educação continuada, Alcoforado (2020) afirma que um dos consensos dos estudiosos do domínio da Educação, é o aprendizado ao longo da vida (aprendizado no trabalho, discutindo com seus pares/colegas). Nesse sentido, a continuidade destes aprendizados motiva o sujeito na busca pelo conhecimento.

5.2.1.7 Estratégias de segurança

O órgão que determina quais EPIs são de uso obrigatório ou não dentro de um hospital é a sua própria CCIH, que juntamente com os Serviços Especializados em

Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) garantem o controle epidemiológico e a saúde e proteção de seus trabalhadores.

Seguindo as recomendações do MS (2020), com relação ao uso dos EPI's os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados devem realizar higiene das mãos com preparação alcoólica frequentemente, utilizar gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara, avental impermeável de mangas longas e luvas de procedimento.

O acesso aos equipamentos de proteção individual aconteceu de uma forma muito positiva porque rapidamente a gente já tinha máscara, touca, luva disponível apesar de não numa quantidade absurda, né? Era o uso muito mais racional, mas nunca faltou nenhum tipo de EPI para a gente conseguir trabalhar. **(E9)**

Em primeiro momento o treinamento dos profissionais com a paramentação e desparamentação foi muito importante. Todos os profissionais tinham os equipamentos de proteção individual. Também todas as pacientes eram orientadas, com seus acompanhantes e esclarecidos quanto a importância da máscara, uso do álcool, além da lavagem das mãos em relação ao cuidado com RN. **(E17)**

Segundo Paixão *et al.*, (2021), o próprio uso de EPI, por si só, restringe a relação entre quem assiste e quem é assistido. O uso de equipamentos como touca, óculos de proteção, máscara facial, *face shield* (proteção de plástico transparente para todo o rosto), luvas, dentre outros, fundamentais para garantir a proteção tanto do paciente, quanto do profissional de saúde, causam estranheza e distanciamento. Tais aparatos dificultam o olhar nos olhos, a percepção do sorriso, bem como outras manifestações que tranquilizam o paciente, promovendo uma cisão no processo de vinculação para esse cuidado.

Os principais aspectos negativos relatados pelos entrevistados relacionados ao uso dos EPIs foram dificuldade de compreensão, provavelmente decorrente da falta de pistas visuais por comprometer a expressão facial. Essa situação dificultou a comunicação e exigiu que o profissional usasse sua voz com mais intensidade, gerando um certo desconforto, além do calor que sentia com a paramentação adequada.

Você tinha que estar o tempo todo com luva, capote, máscara, *face shield*, óculos de proteção sem conseguir respirar. A voz é abafada por causa da máscara. Eu falo baixo então eu tive que aprender a aumentar o meu tom de voz, o que não é o habitual. Até exageros não intencionais a gente teve que aprender a fazer com a nossa própria fala. Até a forma de respirar a gente teve que aprender a ser diferente, porque você não consegue respirar bem

usando uma máscara N95. Se você consegue, me desculpe, parabéns eu nunca consegui. E nem todos usavam os EPIs de forma correta. **(E3)**

Bom, trabalhar com os equipamentos de proteção individual não foi uma coisa muito fácil porque nós não estávamos acostumados a trabalhar com máscara N95, toda encapotada, com touca, máscara, *face shield*. As pacientes praticamente nem reconheciam a gente não dava para ver meu rosto, mas nós tivemos que ter esse cuidado de forma rigorosa. **(E10)**

Nesse sentido, grandes implicações são vivenciadas na assistência ao parto, pois a ausência do contato direto com a gestante dificulta a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a exemplo da realização de massagem, apoio para agachar-se, entre outros. Além disso, a mulher, por vezes, carece de apoio para lidar com os sentimentos aflorados no momento do parto, demandando maior proximidade com os profissionais. Esse tipo de suporte é ofertado por meio de abraços, apertos de mão e palavras de incentivo ditas próximas ao ouvido.

Bandaru *et al.*, (2020) apontam a dificuldade de se comunicar com o uso de EPIs e pontuam principalmente que com o aumento da carga de trabalho, uma comunicação eficiente se torna ainda mais essencial. O autor pontua que pistas visuais como, por exemplo, a leitura labial é eliminada com o uso da máscara e pode trazer dificuldade para o diálogo, podendo levar a múltiplas repetições e maior esforço na escuta.

A instituição fornece os EPI 's específicos aos profissionais que atuam nos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e no hospital não faltou material de proteção para os profissionais e usuários com seus acompanhantes, como mencionado nas falas seguintes.

Eu acho que a nossa garantia foi maior pela segurança de ter os equipamentos de proteção individuais completos em todo o plantão. **(E4)**

Eu acho que um ponto facilitador foi que graças a Deus no Sofia nós não tivemos falta de material. A gente sabe que muitos locais tiveram falta de materiais, mas aqui não. Sempre tinha número de máscaras para todos trabalhadores. **(E8)**

Acho que de cara a estratégia principal foi isolar essas mulheres e manter essas mulheres aqui, nesse setor um pouco afastado do grande centro do hospital. Outra estratégia utilizada com relação a paramentação é o uso de capote, *face shield*, além de óculos de proteção facial, Claro, obviamente também o uso de máscara apropriada para o isolamento respiratório que era N95. Como eu disse anteriormente, uma das maiores estratégias foi isolar as pacientes positivas das suspeitas. A gente também tinha todos esses cuidados. **(E19)**

O hospital garantiu a paramentação conforme todos os protocolos exigiam da gente com o máximo de proteção possível durante os plantões no setor de isolamento respiratório. (E22)

A gestora menciona em sua fala que não houve ausência de equipamentos de proteção individual para os trabalhadores, reconhecendo a importância da segurança dos mesmos e a falta que teve no mercado.

Nós tivemos um cuidado com o trabalhador, um ato de reconhecimento e humanização com o trabalhador através da busca de garantia da segurança mesmo com dificuldades financeiras e com preços dos insumos subindo de forma exorbitante. A gente fez um estoque de 3 meses. Mesmo sendo muito caro, a gente estava muito preocupado em fazer um estoque de EPI para não faltar para os trabalhadores, então isso foi uma estratégia que nós pensamos na segurança dos trabalhadores até porque faltou no mercado. (E26)

De acordo com o MS (2020) o quarto, enfermaria ou área isolamento deve permanecer com a porta fechada, ter a entrada sinalizada com alerta referindo as precauções para gotículas/aerossóis e contato, a fim de evitar a entrada ou passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde. Para tanto, foi necessária uma estratégia educativa para facilitar a manipulação dos EPIs, tanto na paramentação quanto na desparamentação dos profissionais.

A gestora também relata a abertura da Unidade Ambulatorial do Carlos Prates como uma estratégia de segurança para ampliar a potência de atendimento do HSF promovendo sempre um ambiente acolhedor e se adequar às diretrizes das políticas públicas, como o acolhimento e a ambiência.

Mas, ao mesmo tempo, eu fico feliz que a pandemia trouxe possibilidades que a gente nunca pensaria antes. A gente não teria avançado, acho que o Sofia não teria ido para o Carlos Prates se não tivesse a pandemia, não teria esse movimento, entendeu? Eu acho que o SUS não teria se sustentado, não teria a força que ele tem hoje, se ele não tivesse tido a pandemia como organização de serviço, de rede, né? Nós conseguimos melhorar e aumentar o acesso das mulheres em um período tão crítico como a pandemia. Então, imagina em uma pandemia você conseguir aumentar o acesso ao pré-natal que estava muito difícil, tinha restrição até de sair de casa, de caminhar e você também aumentar a questão da saúde reprodutiva, dos direitos das mulheres, né? Então assim, eu fico vendo um lugar que oferece uma inserção de 400 DIUs por mês, e antes falava que não existia uma demanda para isso, e de repente você vê que existe, né? Assim, eu vi que as mulheres não tinham acesso a esse dispositivo, então a questão da gente realmente aumentar esse espaço que tínhamos para as mulheres foi uma estratégia muito importante. (E26)

5.2.2 Dimensão 2 - O trabalho da equipe de Enfermagem no Contexto da Pandemia da COVID-19 na dinâmica do Centro de Parto Normal/CPN

Esta dimensão explora os movimentos sujeitos/grupos na sua relação com o trabalho, capacidade de análise e intervenção, modos de inserir assim como suas mudanças nas condições de autonomia e protagonismo (SANTOS FILHO, 2020).

Diante deste momento difícil, a equipe de enfermagem do CPN rapidamente revelou o seu papel no combate da COVID-19 mostrando grande protagonismo, reforçando e salientando a importância da higiene das mãos com solução antisséptica, liderou e propagou treinamentos sobre utilização de equipamentos de proteção individual, ensinando outros profissionais da equipe a realizar a sequência de paramentação e desparamentação, elaborou planos de cuidados para as mulheres e suas famílias dentro dos protocolos, realizando o controle e a prevenção de infecção, ademais, realizou o processo de humanização em um ambiente completamente hostil, cercado de medo e insegurança diante deste cenário desafiador.

Dessa forma a dimensão 2 destaca as seguintes subdimensões relacionadas a equipe de enfermagem no contexto da pandemia, conforme descrito no quadro 4:

Quadro 4 Subdimensões da Dimensão 2

Subdimensões da Dimensão 2: O trabalho da equipe de Enfermagem no Contexto da Pandemia da COVID-19 na dinâmica do Centro de Parto Normal/CPN
Sujeitos no contexto do processo de trabalho
Relações estabelecidas no processo de trabalho e de ensino
Formação e ensino no contexto do trabalho

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa

5.2.2.1 Sujeitos no contexto do processo de trabalho

Os profissionais de enfermagem possuem suas funções muito bem delimitadas, principalmente aqueles que oferecem assistência direta à paciente e são os elementos das equipes de saúde cujo exercício profissional exige maior proximidade com as pessoas, com as famílias, assegurando durante 24 horas, a continuidade dos cuidados. A seguir, uma breve contextualização dos papéis e responsabilidades da equipe de enfermagem no setor de isolamento respiratório.

As Enfermeiras Obstétricas possuem suas funções muito bem delimitadas, principalmente aqueles que oferecem assistência direta à paciente. Destaca-se na sua prática, além de assistir a todas as etapas do trabalho de parto, parto e puerpério, oferecer orientações e assistência a amamentação, solicitam exames, realizam todas as demandas da família até a alta hospitalar dos binômios de risco habitual, e/ou os de alto risco de forma compartilhada com a equipe médica, realiza o gerenciamento e qualificação e exerce preceptoria da equipe de enfermagem.

As enfermeiras assistenciais/generalistas, têm as seguintes funções: realizar a classificação de risco em obstetrícia, verificação de sinais vitais, auxílio no pós-parto ao binômio mãe-filho durante a amamentação, suporte emocional à parturiente, dentre outras.

As técnicas de enfermagem têm funções associadas a aferição de sinais vitais, comunicação efetiva com a paciente, administração de medicações, assistência durante situações de risco à mulher e ao feto e cuidados pós-natais.

Com o início da pandemia da COVID-19, houve muitos desafios no setor, com adoecimento da equipe e trabalho árduo sem reposição de funcionários por até 14 dias. Porém, os esforços daqueles que acreditaram na instituição, e no trabalho por ela exercido, fizeram com que o atendimento fosse mantido mesmo diante de cada dificuldade. Este fato foi algo relatado pelos participantes da entrevista como um desafio demonstrados pelas falas a seguir:

A falta de profissional foi terrível, porque querendo ou não faltaram muitos. Acaba que os funcionários adoeciam e não tinham outros para colocar no lugar no início da pandemia. Assim, a demanda aumentava e ficava muito pesado trabalhar no setor. Mas sempre acreditei que estava fazendo o meu melhor para manter o atendimento às famílias no meu setor. **(E2)**

Naquela época quando o funcionário apresentava algum sintoma gripal ele não podia trabalhar ou se ele tivesse tido contato com alguém que fosse positivo ele também não podia ir trabalhar. Até fazer o exame demorava muito para sair os resultados e o retorno ao trabalho era com 14 dias. Houve excesso de afastamentos e adoecimento dos profissionais. Mas nossa união e profissionalismo falaram mais alto naquele momento difícil. **(E8)**

O medo de se contaminar foi relatado por muitos trabalhadores, principalmente no início da pandemia, o que aumentou o estresse. Alguns participantes afirmaram que o risco de infecção é inerente ao trabalho em enfermagem.

A gente ficava com muito medo de estar no serviço, de contaminar os nossos parentes. Com o tempo o medo foi diminuindo. **(E3)**

Hoje mudou tudo. A gente tem que ser paramentada, ter o maior cuidado entre uma paciente e outra, temos que colocar capote identificando o nome das pessoas que usam, mesmo diferenciando umas das outras. O risco de contaminação foi diminuído porque todos estavam utilizando os equipamentos de proteção da forma correta, inclusive os pacientes. **(E4)**

A equipe de enfermagem apresentou sentimentos e conflitos durante os plantões, como insegurança e muito medo de contaminação com o novo vírus. **(E7)**

Nós tivemos muito receio de aproximação e de contaminação porque temos medo enorme de levar um vírus desse para dentro de casa e na ausência dos testes rápidos e das vacinas nós ficamos muito assustados com toda a situação. **(E10)**

Então realmente antes a gente ficava muito ansioso com muito medo de contaminar, ou de contaminar a mulher, ou alguém da nossa família. **(E15)**

A atenção e gestão são esferas que se articulam dentro da Política de Humanização. A prioridade da vacinação dos trabalhadores foi uma estratégia implementada pelo serviço que reflete no cuidado.

Se a gente pensar na PNH como essa política que envolve a gestão foi muito difícil para a gente porque adoeceram muitos trabalhadores e muita gente ficou grave na pandemia. Então, essa questão da prioridade da vacinação dos trabalhadores aqui foi muito importante. Relacionado ao cuidado, a gente trabalhou muito essa questão do acompanhamento do trabalhador que estava afastado com o SESMT. De tentar acompanhar esse trabalhador, como se diz, estamos aqui para o que você precisar e ao mesmo tempo eu senti que os coordenadores também iam acompanhando aqueles que ficavam mais graves. **(E26)**

Observa-se pelas falas que ocorria diariamente uma dicotomia na tentativa de oferecer qualidade na assistência e suprir o sentimento de medo. Além do temor referente a si mesmo, existia a possibilidade real de transmissão para os familiares, levando muitos desses profissionais a se afastarem do próprio núcleo familiar, intensificando o seu sofrimento psicológico.

Várias pesquisas circulando, algo muito indefinido. Também houve a influência do medo dos profissionais, dos pacientes de todo mundo, pois era algo completamente desconhecido para a gente. Então, eu acredito que essa reorganização ainda vai precisar melhorar e muito, mas no início foi um momento muito conflituoso e difícil para gente como profissional de saúde e para os pacientes também. **(E17)**

Eu acho que o medo existia porque a gente estava lidando com uma situação nova, então o medo de contaminar, o medo de estar se colocando em risco também, ao mesmo tempo o medo de às vezes não prestar uma assistência adequada, por que a gente ainda não tinha todas as evidências sobre o quadro, né? A gente foi aprendendo à medida que as evidências foram saindo, à medida que os protocolos iam mudando, mas eu acho que foi

dificultador no sentido que a gente precisava se atualizar o tempo inteiro. **(E25)**

A gestora confirma a percepção dela relacionada à atuação e insegurança da enfermagem na fala a seguir.

Toda essa situação afetou a enfermagem, e teve essa questão do dia a dia da própria enfermagem com paciente, entendeu? Essa questão de como você lida com a sua insegurança e com o medo em um setor que na verdade ainda estava sem a vacina, né? Ainda tem um preconceito muito grande com as pessoas que estavam lá no isolamento e o medo de quem entrava lá. **(E26)**

Segundo Brooks *et al.*, (2020) a pandemia causa sequelas na saúde mental, ultrapassando até as mortes provocadas pela enfermidade. Os sistemas de saúde dos países foram atingidos e os profissionais de saúde, dentre eles a enfermagem, se tornam cada vez mais exaustos e afetados com as longas horas de trabalho. É notório que, em decorrência dessa concepção, o profissional tende a desenvolver um desgaste físico e emocional, além do surgimento de problemas de saúde, além de surgir estressores ocupacionais relacionados às atividades profissionais. As repercussões da COVID-19 para as equipes de enfermagem que atuam na linha de frente, no contexto da atenção obstétrico-neonatal em tempos de pandemia, ainda são muito limitadas.

Diante do fluxo as pessoas tinham muita dificuldade para entender e acaba que para a equipe realmente foi um pouco desgastante ter que explicar e orientar o tempo todo sobre as regras, uso obrigatório de máscaras no setor de isolamento e todas as recomendações. **(E5)**

O início da pandemia foi difícil, sofrido e estressante principalmente pela falta de entendimento dos usuários. **(E7)**

A principal dificuldade foi porque era tudo novo, né? Ninguém sabia como lidar, ninguém sabia o que fazer e como fazer, e isso era muito estressante e desgastante. **(E9)**

Uma das estratégias utilizadas para o cuidado foi o aumento do número de profissionais para assistência a essas mulheres. Houve uma necessidade devido ao próprio quadro clínico das usuárias e uma necessidade de atendimento pela demanda. Então, houve necessidade de aumento do quadro de enfermeiros. A gente tinha uma enfermeira obstétrica e um enfermeiro assistencial, praticamente a gente dobrou esse número de profissionais. **(E24)**

A equipe assistencial não mediu esforços na tentativa de atender as demandas das usuárias, apesar dos desafios enfrentados na pandemia como a falta de leitos no setor de isolamento respiratório para promover mais conforto e individualidade, da redução do quantitativo de profissionais diante do número de afastamentos e

atestados, do acúmulo de atividades que gera a sobrecarga dos profissionais e dificulta o atendimento das demandas assistenciais, contudo, relatam que o trabalho em equipe foi bem executado e muito importante nessa fase.

A equipe de enfermagem foi muito receptiva com relação a mudança como todo. Conseguiu receber muito bem os protocolos e caminhar com as orientações, apesar do protocolo ser modificado muitas vezes ele foi bem executado. **(E1)**

A equipe do isolamento respiratório estava muito unida durante a alta demanda. **(E6)**

A enfermeira obstétrica juntamente com um enfermeiro assistencial conversa e faz abordagem da importância do isolamento mostrando para os pacientes que a equipe tem só uma fala, né? A fala é padronizada, isso é o diferencial do nosso serviço. Então sem dúvida estar junto em algumas demandas da equipe facilita muito. **(E10)**

Eu, sendo enfermeiro assistencial com o técnico de enfermagem dividimos o serviço. Pois cuidamos das mulheres que estão no pós-parto e temos atuação na sala de parto. Então, a gente consegue gerenciar um trabalho, organizar, apesar da demanda que é alta, de uma forma mais leve e prestar um serviço de qualidade, um bom atendimento ao paciente que continua sendo humanizado. **(E11)**

É uma equipe muito unida e engajada trabalhando em prol da melhora dos pacientes. **(E12)**

O trabalho e a união da equipe é relatado como um ponto facilitador que fortalece as relações entre os profissionais, pacientes e famílias favorecendo a comunicação e a execução do plano de cuidados. O trabalho na saúde é sustentado pelas relações pessoais já que o objeto de atuação em que se desenvolvem as ações cotidianas são seres humanos detentores de desejos, e concepções que devem ser acolhidas (AGUIAR, 2017).

O modelo colaborativo de trabalho que associa saberes compartilhando atribuições e responsabilidades é acentuado pela relação de técnicas e saberes bem como dos diferentes profissionais que se interagem na construção de uma assistência que modifica os modos de fazer a saúde (PEDUZZI, 2001).

Mas, alguns dos aspectos facilitadores principalmente foi a questão do apoio da equipe porque a equipe se apoia muito e nós tivemos uma boa comunicação entre todos nós, fizemos a educação continuada, onde nós discutimos protocolos e tínhamos reuniões de suporte da nossa coordenação também. **(E13)**

Outro fator facilitador foi que a equipe era muito unida e estava disposta a fazer dar certo, em fazer o máximo e dar o melhor para essas pacientes dentro do cenário que nós tínhamos. Todo mundo abraça uma causa mesmo sabendo dos riscos que ocorrem. Como sempre nós, profissionais da enfermagem e todo mundo estava ali envolvidos para dar o melhor para essas pacientes. **(E19)**

Enquanto equipe, as questões de trabalho foram discutidas com frequência porque envolveram vários treinamentos e adaptações para nossos funcionários. Sobre todas as rotinas de cuidados, de prevenção, mesmo de contaminação de uma paciente para outra também entre os funcionários, e cuidados com as rotinas no geral dentro da instituição do ambiente do CPN. **(E23)**

Nos esforços enfrentados para oferecer uma melhor atenção às mulheres, as ações do serviço alinham-se às recomendações e às políticas públicas nacionais, trazendo sempre a integração e a união da equipe.

5.2.2.2 Relações estabelecidas no processo de trabalho e de ensino

De acordo Thofehrn *et al.*, (2015) a enfermagem é uma profissão que tem atuação fundamental na assistência, tendo como objeto de trabalho o ser humano. Para investir no objeto, conta com uma força de trabalho, sendo a equipe de enfermagem, composta por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

A equipe de enfermagem trabalha em conjunto, em prol de um objetivo em comum: prestar uma assistência de enfermagem com qualidade, respeito e união, além de manter a qualificação profissional que foi um aspecto identificado nas falas como fortaleza e potencialidade para a enfermagem empoderar-se e fundamentar a prática profissional. O conhecimento compartilhado foi aplicado para alcançar os melhores resultados na assistência.

A gente anda em sincronia e quem chega para fazer o treinamento seja o técnico de enfermagem, ou seja residente, a gente consegue se organizar e fazer uma gestão do nosso tempo, acolhendo e ensinando os recém chegados, além do nosso cuidado para com os pacientes para que a gente consiga oferecer um cuidado adequado e humanizado para as famílias. **(E11)**

A autonomia dos profissionais da enfermagem aqui na instituição facilita muito as relações no processo de trabalho porque acontece que conseguimos resolver muita coisa entre nós e isso facilita muito a gestão de leitos e o andamento do plantão. **(E16)**

Acho que todos os profissionais se empenharam com muita união entre nós mesmos com apoio mútuo e empatia nos plantões e para que todas as famílias levarem uma mensagem positiva para casa em um momento tão conflituoso, né? Cheio de informações negativas o tempo todo na televisão. Então, nós conseguimos, empenhamos para minimizar a tensão dos plantões e passar para aquela família uma imagem positiva de que as coisas ficariam melhores. Eu creio que todos os profissionais se empenharam para isso. **(E17)**

A equipe estava muito unida e disposta a fazer dar certo tentando fazer o máximo e dar o melhor para as pacientes dentro do cenário que nós tínhamos. Quando todo mundo abraça uma causa mesmo sabendo dos riscos que corre, tudo fica mais simples. Como sempre, nós profissionais, estávamos ali envolvidos engajados a dar o melhor para essas pacientes e a gente tinha que ter um cuidado redobrado para não disseminar a contaminação. **(E19)**

Aqui nós temos um trabalho colaborativo que gira em torno de um cuidado que a enfermagem tem com muita competência e habilidade para o tal e sabe trabalhar muito bem em equipe. **(E21)**

Os participantes reconhecem que as oportunidades para os questionamentos sobre as questões assistenciais, diante do novo, produz ganhos expressivos para o ensino, com a proposta da construção coletiva do conhecimento sustentado nas melhores práticas de cuidado.

Então inicialmente a equipe que ficava aqui no setor, a princípio foi selecionada e não era uma equipe que rodava outros setores, era uma equipe que ficava aqui especificamente. Tem algumas pessoas que foram contratadas na verdade no momento da pandemia e as equipe conheciam muito de perto os protocolos, conheciam muito de perto as rotinas do setor. Então, as pessoas chaves foram colocadas aqui, tanto na equipe de enfermagem obstétrica quanto na equipe assistencial porque quando chegava alguém para treinar já sabia quem eram as referências, né? Então acho que essa foi uma das grandes estratégias também de evitar que a pessoa rodasse ou setores e tivesse o risco de contaminar outras pessoas, além da facilidade de transferência do conhecimento e treinamentos para uma melhoria da assistência em meio ao caos da pandemia. **(E21)**

Aqui no Sofia, o agir da enfermagem frente ao acompanhamento do ensino e do trabalho em equipe é evoluído, pois tem a essência do cuidado garantindo que os profissionais atuem com autonomia e que as mulheres tenham o parto respeitoso da forma com que elas planejam. **(E24)**

No que se refere às práticas de cuidado a mulher é observado a preocupação de alguns profissionais que priorizam o respeito à mulher em suas escolhas e as práticas baseadas em evidência na assistência.

A possibilidade de atuar em uma pandemia, observar e participar ativamente no desenvolvimento e readaptação de novos protocolos e fluxos de assistência é um potencializador na formação e ensino da instituição.

No entanto, uma participante menciona a falta ou a ausência de conhecimento de alguns profissionais da instituição, que não trabalhavam no setor, relacionado aos protocolos e menciona que isso dificultou a comunicação da equipe.

Com muita paciência, sabedoria e força conseguimos avançar dia após dia com apoio da coordenação e respeito dos colegas. Mas, acontecia também que nem todos os funcionários de outros setores sabiam os protocolos, mesmo a coordenação tirando xerox e deixando nos setores, e isso acabava

trazendo divergências entre os próprios funcionários de outros setores, porque com os funcionários do setor de isolamento, nós não tivemos essa dificuldade. **(E4)**

Nesse sentido, é estratégico a abordagem de reflexões acerca das relações interprofissionais para melhorar a comunicação e os ruídos no processo de trabalho. Vislumbra-se que a discussão coletiva e a reflexão permanente da prática de assistência possibilitam qualificar a organização do trabalho da enfermagem e de toda a equipe.

No HSF a gestora menciona algumas estratégias de cuidado implementadas pelo serviço como principais pontos de destaque nas falas:

A estratégia das grávidas foi muito difícil também porque até então Cris, na lei existe uma questão de que toda grávida tem que ser afastada da área insalubre. Então, aqui no Sofia a gente nunca achou que gravidez é doença e não combina, né? Mas foi uma decisão muito difícil aqui, que a gente teve que pensar se a gente precisar afastar as grávidas, pois daqui a pouco as pessoas não vão querer mais contratar as mulheres em idade fértil, porque daqui a pouco ela vai ter dois, três filhos e eu vou ficar quanto tempo sem a profissional? Só que a gente sempre tomou decisão que as grávidas trabalham em área insalubre, isso antes da pandemia. Mesmo trabalhando na área insalubre, até por que a gente gosta do convívio com elas, a gente não deixa de contratar mulheres porque elas têm potencial para ficar grávidas. E aí decidiu afastar todas as grávidas, a gestação toda. Isso teve um impacto na escala muito forte. Agora, após a pandemia, a gente com grupo gestor se reuniu para discutir isso. Poderíamos voltar o que era antes ou manter a decisão do afastamento. Do ponto de vista financeiro, a gente não tem prejuízo, mas a gente tem um prejuízo muito grande com relação a escala, pois eu tenho uma pessoa que é totalmente capacitada, de repente ela some da escala por um período indeterminado. **(E26)**

[...] Estávamos pensando esses dias e fizemos uma listagem. Hoje na neonatologia eu tenho 13 de técnicos de enfermagem afastadas grávidas é muita coisa, entendeu? Então isso vai desestabilizando, porque a gente está com uma equipe que às vezes está ali né, ali desequilibrado a escala e acaba que aqui no Sofia com a crise que nós tivemos em 2018 nós temos uma equipe muito nova, equipe de pediatria toda nova, todo mundo quer ter filho, né? **(E26)**

Acerca da decisão institucional relacionada ao cuidado com as trabalhadoras, a integrante da gestão entrevistada menciona outro ponto muito relevante de decisão tomada pela instituição, o plano emergencial de extensão da creche. A Creche José de Souza Sobrinho foi criada em dezembro de 2001 com o objetivo de garantir o direito da mulher trabalhar e ser mãe, amamentar seu filho exclusivamente até os 6 meses e até os 2 anos ou mais, fortalecendo os laços no presente e para a vida toda. O espaço ainda garante o direito da criança de brincar e aprender em um ambiente acolhedor e estimulante, convivendo e respeitando a diversidade e a singularidade de cada um.

A gente consegue garantir a creche. É muito importante a gente pensar na qualidade e tranquilidade para os trabalhadores. A creche teve um papel muito importante na pandemia e nós tomamos uma decisão quanto à gestão importante relacionada à creche aberta. Fizemos um plano emergencial também de trazer crianças que não tinham idade para ficarem na creche. Então, crianças, por exemplo, de 11 anos que não tinham com quem ficar em casa porque contava com a escola passaram a vir para a creche, pois não podiam ficar sozinhos em casa. A mãe tinha que trabalhar, não tinha mais escola, não tinha rede de apoio, e até porque a rede, às vezes os avós, pela pandemia ficaram em isolamento. Nesse plano emergencial eu acho que a gente chegou até umas 15 crianças mais ou menos nessa situação que não tinha idade de creche, mas elas vieram porque a mãe tinha que vir trabalhar e não tinha onde ficar. (E26)

5.2.2.3 Formação e ensino no contexto do trabalho

Desde a fundação do hospital foi firmado sua preocupação e contribuição com a formação de diferentes categorias de profissionais de saúde. A formação de profissionais da saúde tem início em 1986 com a parceria com Escola de Enfermagem da UFMG (EE-UFMG) recebendo alunos da graduação para estágio curricular na maternidade atendendo as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem no país (DUARTE *et al.*, 2006). Em 1999, atendendo à exigência da Lei do Exercício Profissional, inicia-se a parceria estendida para a formação de enfermeiras obstétricas com a oferta do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Em 2014, o MEC e MS reconhecem a Instituição como Hospital de Ensino, na Portaria Interministerial nº 2.768, de 16 de dezembro de 2014, consolidando e fortalecendo as experiências formativas na concepção multiprofissional, construída ao longo de sua existência, com enfoque nas especializações em Obstetrícia e Neonatologia (BRASIL, 2014). A partir de sua história e de seus princípios, o HSF tornou-se referência para humanização do parto e nascimento sendo cenário para formação de profissionais de vários serviços de saúde, culminando em resultados positivos na assistência à mulher e ao recém-nascido.

A ação de formação deve ser entendida como dispositivo de contestação do trabalho. Assim, os modos de fazer a atenção e a gestão valorizam a experiência construída na prática assistencial diária. O SUS é o legítimo ordenador da formação profissional, em conformidade com suas necessidades e suas políticas (SANTOS FILHO, 2020). Contextualizando o cenário assistencial, hoje, o hospital é um campo de prática para as residências, graduação e profissionais do ensino médio. As falas

dos participantes relatam que a formação parte do desenvolvimento com base na realidade e vivências do próprio trabalho.

Com relação ao ensino eu percebi que como as recomendações mudaram muito rápido, às vezes algum momento pode ter ficado a desejar, pois muitas das vezes não conseguimos dar tanto retorno para os residentes por exemplo, já que os protocolos modificaram muito e cada qual deveria ler estudar o seu material que estava disponível para todos os funcionários e residentes da instituição, para assim conseguimos caminhar com uma certa facilidade direcionando a função específica de cada um. Mas, à medida que conseguimos acompanhar a mudança, a gente caminhava com os residentes aproximando a teoria com a prática do protocolo no setor. **(E1)**

Bom, entre nós mesmos, a gente ia multiplicando as informações através da nossa vivência no setor. Então, chegava um funcionário novo que não tinha costume de ficar lá no setor, a gente sempre falava do protocolo, ele ficava impresso no setor e tinha esse cuidado de orientar a paramentar da forma certa desparamentar também. Dessa forma a gente garante a segurança de todos e dos usuários também. **(E9)**

Fazer treinamento com toda a equipe foi muito bom porque nós temos residentes que chegam e a gente precisa ensinar a eles adequadamente a forma de paramentação para não se contaminar e para não contaminar outros pacientes, né? A contaminação precisa ser evitada, para isso nós precisamos o tempo todo fazer educação continuada por que temos também técnicos de enfermagem que estão em treinamento. Então, precisamos estar multiplicando e reproduzindo essas informações diariamente, né? **(E11)**

A principal estratégia usada na formação e ensino na instituição foi a transferência do conhecimento, e no geral educação de saúde para todo mundo, profissionais, residentes, usuários. Principalmente a expansão do conhecimento para os profissionais entenderem qual era o fluxo, como funcionava, porque que funciona daquele jeito. **(E16)**

Os desafios do ensino estavam presentes pela dificuldade de tempo atrelada a alta demanda. Tais fatores implicaram na qualidade do processo de ensino como mencionado por duas participantes.

Foi um momento muito conflituoso, difícil para gente como profissional de saúde e para os residentes também, principalmente pela alta demanda, mas eu acho que à medida que as coisas foram sendo esclarecidas com conhecimento científico, o processo do trabalho foi se reorganizando e com o andamento da pandemia ficou mais viável acompanhar as dúvidas dos residentes. **(E17)**

O CPN não é mais um setor de risco habitual, temos muito alto risco e aluno de residência em processo de aprendizado no primeiro ano da residência é uma pessoa que acabou de começar, né? Por mais que seja enfermeiro tem o título de enfermeiro a maioria acabou de sair da faculdade, maioria nunca teve um emprego anterior, está começando agora nunca viu nada a respeito. Jogar no setor de isolamento com paciente de alto risco e nem sempre é só COVID, a paciente pode ser hipertensa, diabética, então para residente iniciando o primeiro ano que não sabe de nada é desafiador para você ensinar aquela pessoa no meio da alta demanda, foi difícilimo. Você tem que se desdobrar, dar conta do resto todo, do setor inteiro, você não consegue e a pessoa também não consegue dar um retorno positivo e não consegue te

ajudar porque ela não sabe de nada, está chegando agora ela não consegue discutir o alto risco. **(E3)**

O gerenciamento do trabalho, a formação junto aos profissionais presentes no hospital e as práticas baseadas em evidências científicas constituem os pontos fortes da instituição. O trabalho aliado ao ensino é pautado na interação entre teoria e prática, considerando o contexto, as competências e habilidades.

5.2.3 Dimensão 3 - O Cuidado e sua dinâmica: Reconfiguração do modo de Cuidar e suas práticas no processo de parto e nascimento no Centro de Parto Normal

A enfermagem no HSF lida com a experiência das pessoas em torno dos acontecimentos, oferecendo uma assistência ancorada nos valores institucionais de uma atenção à saúde da mulher e criança que é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS sendo centrada na atenção à mulher, recém-nascido e família.

Ao longo dos anos de sua existência, o HSF fortalece a mudança do modelo de assistência obstétrica no país, com o reconhecimento nacional de pioneirismo na humanização da assistência ao parto, autonomia de atuação da enfermagem obstétrica, e no cuidado centrado na mulher e sua família por meio do resgate de seu protagonismo, de sua individualidade e de sua singularidade, o que não foi diferente na pandemia apesar de vários desafios enfrentados diariamente destacando as seguintes subdimensões conforme descrito no Quadro 5.

Os desafios impostos aos serviços como CPN durante o enfrentamento da pandemia têm evidenciado a necessidade de reconfiguração das práticas assistenciais e do processo de trabalho. Um aspecto importante envolve a preocupação em evitar a contaminação e disseminação da COVID-19 entre mulheres e bebês, profissionais de saúde e acompanhantes. Observa-se, ainda, a reavaliação das rotinas de cuidado obstétrico, visando prevenir riscos e controlar contágios da doença (FORTE et al, 2019).

Quadro 5 - Subdimensões da Dimensão 3

Subdimensões da Dimensão 3: O cuidado e sua dinâmica Reconfiguração do modo de Cuidar e suas práticas no processo de parto e nascimento no Centro de Parto Normal
Práticas de cuidado no processo de parto e nascimento
Repercussões do cuidado e tipos de práticas incorporados na relação

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa

5.2.3.1 Práticas de cuidado no processo de parto e nascimento

A gestação é um momento que, embora seja especial e cheio de emoções, pode ser repleto de incertezas e medos. Tais paradoxos podem ser acentuados no cotidiano das gestantes que enfrentam a pandemia da COVID-19. Nesse contexto, os profissionais da saúde do Sofia Feldman tiveram que se reorganizar e reinventar a forma do atendimento prestado às mulheres no hospital. A enfermagem é primordialmente uma profissão relacional que requer habilidades de relacionamento interpessoal tanto em sua formação quanto no exercício da profissão.

Assim, é de grande importância a atuação dos profissionais de enfermagem na atenção hospitalar, no cuidado ao processo de parto e nascimento incluindo diversos cuidados e orientações visando a promoção da saúde mental das mulheres que encontram insegurança e muito medo, além de ansiedade e incerteza que antes já eram presentes e podem afetá-las ainda mais nesse momento. Contudo, esse medo também estava muito aflorado nos profissionais que relatam que o cuidado não era mais o mesmo na pandemia, principalmente pela dificuldade de aproximação e uso de EPIs.

O medo influenciou muito e a gente não teve mais essa mesma aproximação como antes por causa da precaução de contato do isolamento. Então, não é a mesma coisa que antes, o cuidado mudou muito. **(E2)**

Nós tivemos que usar máscaras o tempo todo, ficávamos paramentados e realmente eu acho que o cuidado foi comprometido por esse distanciamento que tínhamos delas pelo receio de contaminação. **(E4)**

O CPN é o melhor ambiente para se ter uma privacidade, mas depois da pandemia nós tivemos uma perda enorme. Então, eu acho que nós, como enfermeiras obstétricas empenhamos muito para manter a qualidade da assistência, porém a infraestrutura, o medo e o uso dos EPIs nos limitou bastante. **(E17)**

O distanciamento que precisava por recomendação de saúde fez mudar a minha forma de cuidado e de aproximação com a paciente. A gente estava acostumado a ficar muito próximo a sentar ao lado e conversar muito próximo, e com a pandemia entre eu e a paciente tinha uma máscara, um *face shield*, capote, então, uma distância natural. Eu senti muita diferença em não poder aproximar tanto, não poder tocar tanto, não poder ficar tão próximo. Mas, a gente tentava suprir de outras formas, assim a gente tentava fazer o cuidado com palavras com incentivo, outros tipos de manejo, para aumentar a confiança e diminuir a insegurança da mulher. A gente mantinha uma proximidade que, às vezes, não era tão recomendada, segurando a mão da paciente. A nossa realidade é que muitas vezes são mulheres que estão sozinhas, mulheres que estão passando por uma experiência de parto e nascimento sem acompanhante e sem rede de apoio. **(E25)**

Prestar cuidados é um desafio cotidiano, e envolve muito amor e dedicação, além de muita compreensão. Muitas das vezes esse cuidado pode ser prestado de diversas formas implementando ações de enfermagem para o atendimento às necessidades com exercício de empatia, como mostrado nas falas a seguir:

Muitas vezes a mulher queria comer algo diferente do que tinha no hospital, do que tinha disponível e algumas vezes elas também pediram para gente comprar para elas algo na padaria que estavam com vontade ou até mesmo para a gente ir buscar algo na portaria do CPN, por que, às vezes, elas pediam alguma refeição por aplicativo. Eu sempre fazia com carinho na medida do possível porque ficar isolada em um quarto por muitos dias não é fácil. **(E8)**

Em relação ao trabalho de parto e parto sim, teve algumas modificações. Por exemplo, uma gestante em trabalho de parto sentindo dor tem que trabalhar a respiração e ainda tem que respirar de máscara. Então, assim a gente sabe que é uma coisa que não é bom nem para gente que está ali trabalhando e não estamos sentindo dor, imagina quem está com dor, né? Então se a paciente muitas das vezes pedia para respirar um pouquinho sem máscara, eu sempre deixava. Mas, isso depende muito do profissional que estava lá conosco. Nós da enfermagem estávamos paramentados, não acho que haja necessidade de falar não pode de jeito nenhum! A gente sempre cedia nesses casos, mesmo antes do período expulsivo. **(E11)**

O parto não pode acontecer na água, não pode ganhar neném na água, tudo bem não pode. Mas, por exemplo, muitas das vezes a paciente quer usar a água, como método de alívio da dor, então é muito importante a gente oferecer esse conforto para ela através da água morna do chuveiro ou da banheira. Eu acho que é muito importante, por mais que o neném não possa nascer na água, a gente pode continuar fazendo algumas coisas, né? Mas depende muito do profissional que está acompanhando. A gente tem a visão do cuidado e da empatia e nós estamos aqui conseguindo fazer todos os métodos que ela pode usar que vai aliviar a dor dela. **(E19)**

Dentre as recomendações para adequações das atividades dos serviços de saúde que devem ser aplicadas para gestantes e puérperas orienta-se que se deve evitar o parto na água e suas variantes (MS, 2020). Mas, não tem contra indicação para o uso da água morna para alívio da dor. O cuidado já foi fragmentado na

pandemia, entretanto, depende da entrega e empatia do profissional para reconfigurar esse cuidado diante do contexto vivido.

As boas práticas de higiene, bem como a vacinação e o distanciamento social são ações de suma importância a serem adotadas pela equipe de enfermagem, diminuindo os desfechos graves pós-infecção. Dessa forma, a equipe tem um papel fundamental e importante para promover a conscientização dos cuidados de prevenção contra COVID-19 assim como nos casos das mulheres com suas famílias internadas no setor de isolamento, ou seja, das suspeitas ou infectadas após contrair o vírus, promovendo um cuidado humanizado como relatado nas falas a seguir.

Houveram várias mudanças e adaptações na assistência, mas eu creio que não deixamos de prestar uma assistência de qualidade, assistência humanizada, atuando com respeito e escuta qualificada para essas mulheres e suas famílias dentro das limitações do plantão. **(E2)**

Principalmente na cena do parto e nascimento foi um desafio reconfigurar esse modo de cuidado, mas apesar disso, eu consigo perceber que a gente conseguia manter de certa forma esse tipo de proximidade com a paciente e prestar um cuidado no sentido de conseguir acolher as demandas delas e orientar sobre a higienização das mãos e o uso das máscaras. **(E13)**

A equipe sabe lidar com as diferenças. Então, sabendo que para entrar na assistência de uma mulher com suspeita de COVID-19 tem que estar paramentada e tem que explicar a questão do isolamento da mulher para ela e o acompanhante, que eles não podem vir no corredor, nem mesmo para pegar água. Eles precisam solicitar à equipe de enfermagem que leve para o quarto tudo que eles precisam, e nós sempre ouvimos e acolhemos essas famílias. Às vezes pedimos para esperar um pouquinho, mas estamos sempre lá. **(E14)**

Nosso cuidado de hoje em dia está um pouco melhor. A gente não tem tanto medo como tínhamos porque a pandemia está bem controlada, né? A maioria das pessoas tomaram vacina duas, três ou até quatro doses, então todo mundo consegue ficar mais tranquilo, porém continuamos com as orientações do uso de máscaras, por exemplo, diariamente. **(E15)**

O nosso trabalho é humanizado. Então, mesmo com as dificuldades, não deixou de ser humanizado pelas demandas e por mudanças ou resistência de outros profissionais. A gente conseguiu oferecer um suporte e um apoio para essas mulheres em trabalho de parto o tempo todo, oferecendo a bola, o chuveiro, até a banheira, só que fazíamos combinado orientando que não podia nascer na água. **(E11)**

A gente usava tudo aquilo que estava ao nosso alcance. Eu mesmo usei até comida. Quando os acompanhantes e as mulheres estavam muito nervosos e muito bravos por causa do isolamento eu falava assim: você quer uma salada de frutas ou posso te dar um pão com mussarela, uma canjica? Porque quando a gente fica com fome, todo mundo fica muito estressado e não consegue fazer nada. Então, algumas pessoas falavam que não conseguiam parar de fumar, por exemplo, e de fato, ninguém consegue só porque está em um isolamento. Assim, a gente perguntava se a pessoa sabia ler e

oferecia revistas, palavras cruzadas, livros [...] conseguimos alguns de doação. E às vezes eu paramentava, entrava no quarto para cuidar do bebê e deixava a pessoa sair lá fora para fumar porque não tinha outra estratégia, a gente usa o que a gente consegue. **(E16)**

Então as pacientes ficavam lá, a gente oferecia todo o cuidado e orientação de falar dos riscos de contaminação. A gente levava a dieta, toda alimentação para o quarto, e se colocava à disposição para o que a família precisasse. A orientação é que era só bater na porta e chamar. Apesar das limitações do número de pacientes para cuidar, a gente tentava sempre dar uma assistência humanizada e de qualidade. **(E18)**

A inclusão do acompanhante durante toda a internação hospitalar o acolhimento, com classificação de risco, além do acolhimento empático centrado nas necessidades de cada mulher são práticas de humanização que qualificam a assistência quando não são apenas documentos orientadores, mas são reconhecidos e desejados pelos trabalhadores, sendo exercitados pela equipe e algumas falam relatam isso. Contudo, o distanciamento, as mudanças de rotina e as demandas comprometeram muito esse cuidado e a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, por exemplo, conforme as falas de algumas entrevistadas.

Então assim, foi completamente diferente, por mais que você tentasse, o cuidado não era o mesmo, não era na mesma qualidade nunca. Até aquela questão dos brilhos dos olhos das pessoas que estão escaladas nesse setor não existia mais. Tivemos muita dificuldade de oferecer alguns métodos de alívio da dor porque o quarto estava ocupado com três mulheres e três acompanhantes. **(E3)**

Então, oferecer ali métodos para o alívio da dor é quase que impossível porque o uso EPIs traz muita limitação. Ficavam duas mulheres em uma só suíte de parto. Um chuveiro, uma bola, uma banheira nesse ambiente compartilhado com mais de uma paciente torna-se inviável. Infelizmente durante a pandemia foi difícil. Até mesmo se você tem uma mulher aí na sua frente sentada no banquinho, por exemplo, e você paramentada, a dificuldade dessa mulher de se manter de máscara durante o trabalho de parto no período expulsivo é muito desafiador. **(E17)**

Tudo mudou porque as mulheres não tinham muita liberdade mais de ficar, por exemplo, na banheira durante o seu parto. Só ficavam para alívio de dor, os bebês não nasciam numa banheira. Todas as enfermeiras obstétricas tinham esse cuidado de oferecer os métodos não farmacológicos de alívio para dor durante o trabalho de parto, mas quando estavam duas no mesmo quarto era diferente, elas podiam sim ficar no chuveiro porque normalmente tem dois chuveiros em cada PPP e elas dividiam o espaço com outras mulheres, mas antes da pandemia era um único quarto para cada mulher. Podiam usar a bola, usar a banheira com água morna, usar a escada, mas elas não podiam ter os seus partos na água. **(E4)**

A estrutura física mudou muito, ficou restrita. Antes, a gente tinha os materiais de parto e tudo que a gente precisava dentro de cada quarto dentro de cada suíte. Isso tudo foi colocado do lado de fora para ter o mínimo de contato com os materiais dentro do quarto. Então, todos os materiais que precisávamos ficava no corredor em frente à suíte para ter menos contato com aquela

paciente, e na maioria das vezes tinham duas ou três mulheres em cada suíte de parto. Às vezes as mulheres não conseguiam usar os métodos não farmacológicos. **(E14)**

No que tange às medidas restritivas impostas na pandemia, a maioria dos hospitais brasileiros não possuem quartos individuais, como o sugerido pelas normativas (BRASIL, 2020). Com a alta demanda da instituição não foi possível ter PPP (Pré-parto, parto e puerpério) quartos individuais, como relatado nas falas seguintes.

Eu entendo que o cuidado está diretamente envolvido com o nosso estado também sabe, com as interações. Então quando nós estamos acompanhando uma mulher de risco habitual, é uma mulher que não tem nenhum fator de risco, nós conseguimos desenvolver muito mais coisas o tempo todo durante o trabalho de parto, durante o parto. Então, não existe medo, não existe essa angústia, esse receio da contaminação direta. A gente consegue se envolver muito com elas, mas infelizmente na pandemia a gente entra no quarto que a paciente suspeita ou confirmada de COVID-19 está com toda a paramentação e ali às vezes você tem que entrar nas pressas e tem mais de uma mulher em trabalho de parto em quartos diferentes. Eu acho que isso prejudicou muito o atendimento porque a gente não consegue ter o contato tão próximo. **(E20)**

A questão do modo de cuidar no processo de parto e nascimento mudou muito. Um exemplo claro é que eu lembro quando eu queria muito estar presente dentro do quarto para fazer massagem, sabe? Estimular o trabalho de parto com os métodos não farmacológicos de alívio da dor, acompanhar aquela mulher no chuveiro, mas praticamente não conseguia fazer no CPN pela demanda do alto risco, ao mesmo tempo por não querer estar o tempo todo dentro daquele quarto pelo risco de contaminação e por ter três mulheres em um mesmo quarto. **(E23)**

Meu cuidado como enfermeira precisou de passar por mudanças por causa da pandemia, então quando é setor de baixo risco na casa de parto normal, a gente tinha costume de manter a porta aberta, de entrar muito dentro dos quartos, ficar com a paciente muito tempo, se tocar muito, de ficar muito próxima, mas quando virou um setor de alta complexidade e um setor de isolamento respiratório era a porta fechada e entrada nos quartos só quando realmente fosse necessário. **(E25)**

As falas desafiantes do cuidado às mulheres na visão dos profissionais, corroboram o discurso apresentado pela representante da gestão, como no trecho apresentado a seguir.

Então, eu acho que foi um desafio muito grande para a própria enfermagem pensando mesmo nos princípios, nos direitos e diretrizes da PNH e como seria esse cuidado com as mulheres, essa garantia, porque ao mesmo tempo que a gente queria garantir, por exemplo, que ela tivesse um acompanhante que ela tivesse liberdade de posição do parto, de movimentação[...]conseguir administrar isso no cuidado direto para paciente, foi desafiador sabe? Acho

que para todo mundo, mas quem tava no corpo a corpo ali no trabalho de parto tentar fazer essas negociações foi um desafio muito grande. **(E26)**

Segundo Coelho, (2006) o cuidado individualizado visa resgatar os aspectos que se encontram encobertos pela hospitalização. É um dos trabalhos mais sublime dentre todas as profissões pois somos todos em qualquer momento da vida um cliente em potencial. Dessa forma, esse cuidado é uma interação produzida com a paciente visando o bem estar e a saúde.

A tecnologia também foi uma ferramenta utilizada no cuidado na pandemia diante da demanda das mulheres no CPN. A enfermagem se disponibiliza a realizar o registro do parto quando a mulher solicita. Assim, esse momento podia ser compartilhado com a família já que havia a limitação de um só acompanhante.

Tivemos o cuidado de mandar vídeo com notícias pelo WhatsApp para as mães que tinham seus RNs internados na UTI e foi uma coisa boa pelo fato da mãe não poder estar ali perto do filho, pois estava em isolamento respiratório. **(E3)**

A enfermeira da unidade fazia vídeo conferências para manutenção de contatos e para manter esse vínculo e ela podia entrar em contato várias vezes com o número do telefone do WhatsApp, então a própria familiar poderia fazer o contato com essa gestante. No caso do isolamento e ainda do nascimento, isso acontecia para garantir um registro e estreitamento das relações, o protagonismo de cada um nesse momento de nascimento e renascimento da família do casal. **(E21)**

Dessa sustentação do cuidado, a gente vivia a própria pressão diretamente na linha do cuidado de enfermagem em todas as etapas dos cuidados desse período. Então quando a gente pensa no cuidado na ação da enfermagem, sempre pensa pegando um pouco da deliberação para decisão e agir da enfermagem frente a essas necessidades e dificuldades. A gente percebeu que é uma enfermagem evoluída na questão da tecnologia do cuidado onde ela garantiu que as mulheres tivessem o parto respeitoso com autonomia de uma forma com que ela tinha planejado, oferecendo respeito e cuidado humanizado mesmo diante as dificuldades. **(E24)**

De acordo com Viana *et al.*, (2020), as ferramentas digitais atuam como estratégias de apoio no processo de educação em saúde, não se anulando ou excluindo a importância da utilização de tecnologias leves, pautadas na formação de vínculos, da escuta e empatia observada no contato pessoal com os profissionais de saúde. Realça ainda a oportunidade de existir uma interdisciplinaridade de saberes, que fisicamente se encontram distantes, mas que a tecnologia aproxima em tempo real.

A rede social também foi uma ferramenta abordada como atenção e cuidado às mulheres na fala da gestão.

Então eu fico vendo muitas coisas que a gente aprendeu a utilizar e a gente não utilizava, porque às vezes a gente achava que era bobagem. Começamos a trabalhar no Instagram da instituição, ativamos em função da pandemia, para mostrar para as mulheres como tirar as dúvidas delas. Hoje a gente tem muitos canais no WhatsApp que as mulheres podem acessar e perguntar, elas podem tirar suas dúvidas, não precisam delas virem aqui. **(E26)**

Estas ferramentas foram ampliadas, demonstrando que funcionaram bem para o serviço. A equipe gestora é integrada por pessoas de várias gerações, incluindo aquelas que não utilizavam este tipo de recurso no seu cotidiano profissional e pessoal. A fala da gestora demonstra como estas situações foram vivenciadas no serviço como um todo, ao dialogar com outro gestor:

Igual o Instagram, eu não sou da geração do Instagram, tem gerações diferentes aqui na gestão [...] teve um dia que eu mostrei uma coisa para um dos gestores e eu falei assim: olha aqui [...] Aí ele perguntou assim: Filha quem tá vendo isso? Eu falei assim: todo mundo! Todo mundo está vendo isso, então são gerações diferentes aqui na gestão, mas ao mesmo tempo a gente tem que pensar quem é nossa usuária hoje, né? A nossa usuária hoje vive no Instagram, ela vive nas redes sociais, então isso para gente é difícil é, mas para ela é isso, essa vida dela. **(E26)**

Em alguns contextos os profissionais da área de saúde vêm utilizando esses recursos para beneficiar os pacientes e proporcionar um cuidado diferenciado. As redes sociais passaram a fazer parte da comunicação humana, principalmente na pandemia. As demandas das mulheres sugeriram esse olhar ampliado da instituição, a fim de praticar o princípio da integralidade, da clínica ampliada. Segundo Salviano *et al.*, (2016) a enfermagem, ao cuidar do paciente, da família ou de uma população específica, prevê no planejamento de suas intervenções a demanda de inclusão de outros saberes que vão agregar valor e qualificar esse cuidado.

5.2.3.2 Repercussões do cuidado e tipos de práticas incorporados na relação

O cuidado social é aquele tipo de cuidado que retrata a relação entre o profissional de saúde e os usuários nas dimensões humanas. É o cuidar pautado na preocupação com o sofrimento humano, no que diz respeito ao atendimento de saúde dentro da instituição hospitalar (COELHO, 2006).

Vimos exemplos desse tipo de cuidado através das falas de alguns participantes. As práticas de saúde vinculadas aos princípios doutrinários do SUS e ao que é posto na política da Rede Cegonha são presentes na instituição, conforme apresentados nas falas abaixo:

Bom pensando que o cuidado está muito voltado para questão de vínculo de proximidade com a paciente, com a gestante, com a família toda com certeza na pandemia isso impactou de alguma forma e teve que ser reconfigurado porque elas sentiam dores em trabalho de parto, e a gente não tinha tempo para acompanhar como gostaríamos. Eu me sentia mal com isso. Pensando que nós estávamos num momento de pandemia, onde tínhamos que paramentar o tempo todo, manter paciente, acompanhante de máscara o tempo todo, e nós também, claro, então nós temos que tomar um cuidado maior com relação à proximidade. Mas acolhemos muito bem todas as mulheres que chegavam aqui. **(E13)**

A gente não podia ter esse contato tão próximo conversando com a paciente, estando ao lado o tempo todo, mas era difícil porque uma paciente sentindo dor você quer acolher, você quer abraçar, você quer cuidar e aí esse contato físico que a gente queria oferecer não era possível. Muitas das vezes a gente ficava até aflito, angustiado porque algumas pacientes mais queixosas com mais dificuldades a gente queria estar mais próxima e a gente não podia. Então, o nosso trabalho psicológico, nossa conversa, o nosso afago, nesse sentido tinha que ser muito maior. Também oferecemos registros no celular delas para enviar para a família no momento do parto. **(E19)**

As características elencadas nas falas anteriores reforçam as dificuldades nas práticas do cuidado e suas repercussões propiciadas na assistência à mulher, exigindo um repensar dos modos organizacionais de construir o cuidado e a assistência.

Sabe-se da importância das primeiras horas de contato pele a pele entre mãe e bebê para o desenvolvimento do mesmo e do vínculo materno. Preconiza-se que o contato pele a pele deve se iniciar imediatamente após o nascimento, acalmando o bebê e a mãe, auxiliando a estabilização cardiorrespiratória do bebê, mantendo o aquecido, além de favorecer o aleitamento materno (BRASIL, 2011).

O MS (2020) enfatiza que diante do contexto pandêmico, o contato pele a pele e a amamentação deve ser mantida no caso de puérperas estáveis, mesmo na vigência de sinais e sintomas gripais leves, e que a equipe deve orientar a lactante sobre os cuidados relacionados a higienização, além do uso de EPI. Esse cuidado foi mencionado em algumas falas:

Bom, sem dúvida o cuidado precisou de ser reconfigurado porque inicialmente o medo era muito grande. A gente tinha cuidado com paciente mas ele não era tão próximo, porque no início essa aproximação foi

praticamente excluída. Bom, claro que essa mulher era muito bem assistida mas não com aquela proximidade com aquele afeto, com aquele vínculo que a gente tinha costume e algumas práticas mudaram durante a pandemia, como o contato pele a pele, por exemplo. É claro os processos foram evoluindo no decorrer da pandemia com conhecimento, as mudanças de fluxo e o uso dos EPIs nós também fomos evoluindo. **(E1)**

Eu entendo que nós continuamos cuidando muito bem dessas mulheres e desses recém-nascidos durante todo esse processo, ainda que utilizando toda a paramentação o tempo todo. Foi um colocar capote, tirar a capote em cada momento em cada quarto. Às vezes elas tinham dificuldades para estabelecer a amamentação, assim que o cordão era clampeado no momento oportuno, mantivemos o contato pele a pele e estávamos prontos para ajudar sempre. Nós aumentamos o nosso cuidado com as mulheres e seus bebês. **(E4)**

Nós precisamos reconfigurar o cuidado o tempo todo e avaliar qualquer prioridade daquele momento para dar conta de fazer nosso serviço como a gente já fazia. Porém, muito mais precaução pelas paramentações e isso acaba gerando um certo tempo a mais. Então muitas das vezes eu entendo que devido à demanda nós tivemos algumas fragilidades nesse cuidado. Devido ao nosso fluxo que foi modificado e às paramentações, mas estive com a família e atenta às demandas delas principalmente relacionadas ao pós parto e a amamentação. **(E5)**

A paciente continuou recebendo um cuidado humanizado contínuo, tendo todo o suporte que era necessário tanto para ela quanto para o bebê nas práticas recomendadas. **(E7)**

Alterações ocorreram no setor e no hospital e mudaram o modo de cuidar no parto e nascimento. A equipe de enfermagem, desde os técnicos de enfermagem, enfermeiros assistenciais e enfermeiros residentes prestam um cuidado mais redobrado e mais cauteloso com a mãe e com o RN. **(E6)**

Bom teve muita necessidade de mudança sim, por que é algo que a gente não conhecia é uma coisa totalmente desconhecida por todos nós então houve muita necessidade de mudar o nosso modo de cuidar durante o parto e nascimento, principalmente nós ficávamos muito próximo das mulheres e todo mundo estava muito assustado sem saber o que fazer e com receio de como chegar próximo da mulher, de como cuidar dela e até hoje a gente ainda tem muito receio, mas estamos ali cuidando delas e de seus bebês. **(E8)**

Alguns momentos supostamente houve falhas na efetividade da humanização da assistência, podendo-se destacar o descumprimento do desejo da mulher ao solicitar um método farmacológico de alívio da dor, por exemplo, como a analgesia peridural.

Eu sentia que precisava de alguém para conversar e explicar o diagnóstico, explicar o motivo do isolamento, porque as mulheres tinham muitas dúvidas e nem sempre um enfermeiro responsável pela assistência de mais de 20 pacientes conseguia fazer. A sugestão era que essas orientações já fossem esclarecidas no momento da internação. A gente fazia o que dava porque a gente tinha várias demandas. Ah, e os anestesistas quando vinham no setor, demoravam muito para atender as mulheres que solicitaram, isso foi algo muito difícil. **(E9)**

A qualidade do atendimento era péssima principalmente no início, a qualidade foi vergonhosa. Eu acho que até hoje não vai chegar o que era se a gente fosse comparar a casa de parto antes da pandemia. Às vezes, os partos aconteciam sem nenhum tipo de método de alívio da dor, nem farmacológicos porque os anestesistas não vinham no setor, ou não farmacológico porque a gente tinha algumas limitações relacionadas ao espaço físico e demanda. Eu acho que ainda tem muito o que melhorar para prestar esse cuidado no parto, uma assistência qualificada. **(E16)**

Nós não conseguimos oferecer uma assistência humanizada o tempo todo com o respeito ao desejo delas, porque numa gestação a maioria das vezes a mulher planeja, sonha com aquele momento, ela deseja e muitas das vezes esses desejos não puderam ser atendidos por conta dessas limitações de assistência, de ambiência. O que poderia ser utilizado por elas então ficou assim um pouco prejudicado. **(E17)**

Algumas mulheres não puderam, por exemplo, usar alguns métodos não farmacológicos para dor porque não tinha jeito, não tinha nem espaço principalmente no início da pandemia. A gente não podia assistir parto na banheira que era um grande diferencial do setor e eu percebi também que elas queriam muito mais anestesia porque a gente não conseguia acompanhar o tempo todo, com os métodos não farmacológicos até porque a gente não tinha condições de acompanhar o tempo todo essas mulheres de forma integral, pois a nossa demanda foi altíssima e o tempo todo tínhamos que realizar uma gestão de leitos do setor. Então a nossa assistência sofreu uma limitação. **(E22)**

Era uma luta para a gente dar conta. A qualidade da assistência sem dúvida caiu muito porque a gente tinha que ter muita precaução com tudo que estava acontecendo com a gestão do nosso tempo. Às vezes a gente não conseguia oferecer uma assistência de qualidade, estar próximo o tempo todo pelo fato principalmente da alta demanda. **(E23)**

Os diversos pontos elencados por estas falas permitiram identificar variadas percepções que tornaram a vivência e as expectativas do parto afetadas e modificadas, tornando-se um contexto complexo de ser vivenciado. Ainda diante de fragilidades tais situações desvalorizam o modelo de atenção que prioriza a corresponsabilização do cuidado, numa dinâmica na qual cuidador e sujeito cuidado atuam conjuntamente na estruturação de formas de cuidar corresponsáveis.

As coisas foram restauradas. Por exemplo, nós dávamos mais atenção ao uso da máscara, foi difícil de estar o tempo todo em todo lugar, mas quando estávamos, com relação a qualidade do cuidado ofertado eu não percebi mudança. **(E10)**

É difícil mostrar para eles a importância do isolamento, da segurança para gente, para os nossos, com todos os equipamentos de proteção individual que nós usamos e vai muito da consciência. Tem que usar para não se contaminar para não contaminar a equipe. Com isso, o cuidado foi mantido, e sim, já tivemos muitos casos de urgências e casos complicados aqui no CPN também. Tivemos mulheres que pediu anestesia e muitas das vezes os

anestesistas não desciam nem para fazer anestesia nessas mulheres ou não queriam fazer no CPN, por mais que a gente tem uma sala montada para isso ele sempre exigia que tinha que ir para o bloco[...] então, isso sim desgasta muito para paciente. E aí tem um processo né, que tem que mandar tirar todo mundo do espaço para paciente passar e posteriormente a higienização vinha realizando toda a limpeza terminal. **(E11)**

Ficou bem difícil os cuidados no pós-parto. Eu mesmo tomo muito cuidado e a gente tem que tomar muito cuidado para orientar sobre o uso da máscara, principalmente quando estiver amamentando, pois a gente não sabe dos riscos que pode trazer para o recém-nascido. Na época da COVID-19 tivemos muitos decessos nós tivemos muito aborto aqui então muita coisa nova e a gente ainda não sabe. **(E12)**

Antes da pandemia o paciente tinha acompanhante, podia ter mais familiares. Na pandemia ficou mais restrito, era só paciente com acompanhante. Fica complicado porque eles mesmo não conseguem usar uma máscara o tempo todo, muitas das vezes não entendem as coisas. Tinham dificuldade de manter a máscara em tempo integral por causa, às vezes, do setor fechado. O paciente fica irritado então assim é muito difícil. **(E15)**

As boas práticas e o direito de escolha aparece nas falas da gestora a qual menciona as visitas e troca de acompanhantes.

Eu nunca imaginei o hospital sem acompanhantes ou sem visitas. E aí, no início da pandemia, quando a gente vê a guarita cheia de gente sem poder entrar, sem poder ter notícias, sem visitas, o que era algo muito comum para gente antes da pandemia, né? A questão de celebrar o nascimento em família é muito importante. A mulher teve que ficar com uma pessoa só e ter que fazer uma escolha se seria a mãe dela, se seria o companheiro dela, se vai ser a colega dela, isso foi muito difícil para a gente. Assim, acho que a gente usou estratégias aqui no Sofia para tentar amenizar isso, eu vi também muitos dos usuários usaram as estratégias deles para trocar de acompanhante. Então assim, do ponto de vista geral eu acho que a pandemia trouxe desafios mas não eram desafios só para Sofia, não só para Política Nacional de Humanização, mas para o contexto geral vivido, né? Houve reclusão do acompanhante, na verdade, da família, da comunidade dentro da instituição pela diminuição do fluxo na entrada. **(E26)**

A enfermagem estava disposta a cuidar em todos os momentos, mesmo em meio a tanta resistência e desafios. O comportamento que o profissional assume frente à mulher assistida reflete suas concepções sobre direitos e sobre como o cuidado deve ser desempenhado.

Enfermeiros mais proativos, com abordagens transversais, são capazes de transcender o olhar e o cuidado em saúde (SOARES *et al.*, 2020). São essenciais políticas públicas voltadas a uma atenção diferenciada para as gestantes que vivenciam a pandemia. O contexto pandêmico sugeriu que os profissionais da saúde,

no caso do estudo, a enfermagem reorganizasse suas habilidades e competências, adequando-se ao cuidado diante das demandas.

Houve a necessidade de alteração no nosso jeito de cuidar principalmente relacionada à assistência direta da enfermagem pela questão da demanda, pois o fluxo aumentou muito na época da pandemia. Mas, aqui no HSF é um local que acolhe todas as mulheres. Então, às vezes, não tem o leito disponível, mas arranjamos um jeito de arrumar um leito para aquela mulher, como aconteceu de deixar nos corredores quando os quartos e as enfermarias já não comportavam mais. Infelizmente, mesmo a gente tentando dar uma assistência de qualidade às vezes deixava a desejar, né? Porque como aumentou muito o número de pacientes é normal a gente sentir essa culpa. Antes, você prestava assistência a cinco pacientes, de repente você dobra essa quantidade e não aumenta muito o número de funcionários, então acaba que realmente ficava defasado a assistência, não tinha jeito a gente não conseguia. **(E18)**

A gente passou por muita coisa, vivenciou muitas experiências negativas e já está todo muito cansado, todo mundo muito saturado dessa situação. Acaba que quando a gente vai prestar assistência para uma paciente que ainda tem os riscos de contrair o vírus ou está com vírus a gente acaba pecando um pouco mais, e deixando essa assistência um pouco mais frouxa. Falo assim porque às vezes a gente acaba esquecendo que a gente ainda corre o risco de contrair a doença e acaba falhando um pouco nessa prevenção dessa insegurança e tudo mais. Então a gente tem que se policiar. **(E19)**

No início da pandemia tudo era muito sensível, muito vulnerável. Havia muito medo, era a roupa, máscara, capote, *face shield*, óculos e mais não sei o quê, Então eram várias barreiras entre o profissional e a mulher que tava ali ganhando bebê. Eu acho que é isso teve muitas mudanças, mas conseguimos adequar bem a demanda. **(E21)**

Considerando a biossegurança como um fator de proteção à saúde dos profissionais, a imperícia nas ações de paramentação e desparamentação ou outras relacionadas a abstenção de profissionais da enfermagem infectados fragilizam os cuidados prestados às mulheres. Diante disso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) elaborou um documento contendo orientações possíveis para os cuidados de enfermagem, antes mesmo do primeiro caso confirmado da doença no país. Criou uma página *on-line* denominada de *Observatório da Enfermagem*, com o intuito de compartilhar, em números, as situações de infecção que atingem a categoria profissional (AMORIM *et al.*, 2020).

A enfermagem é uma das profissões essenciais para a humanidade e não pode parar. Na verdade, seu trabalho passa a exigir maior atuação em momentos de emergência à saúde, nos quais o cuidado é muito intensificado. Na pandemia tivemos um alto número de profissionais acometidos na instituição, comprometendo a

prestação de cuidados que deve ser realizada com maior atenção, visando a segurança do binômio mãe-filho e do profissional.

Em síntese, considerando a proposta de acompanhamento avaliativo transversal do objeto de estudo nas três dimensões indissociáveis de análise, os resultados deste estudo apontam que, na dimensão I - A Proposta institucional da equipe multiprofissional e de enfermagem no Centro de Parto Normal no Contexto da Pandemia da COVID-19, os movimentos e ações disparadas, relacionados ao serviço e sua dinâmica foram planejados e/ou implementados para o uso dos protocolos institucionais considerados avanços que podem ainda ser destacados correlacionando o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia da equipe de enfermagem, o planejamento do cuidado coletivo, a reorganização assistencial com as mudanças dos fluxos de atendimento e mudanças de rotina, o treinamento da força de trabalho da enfermagem, o uso de ferramentas tecnológicas além da abertura da Unidade Carlos Prates como estratégia de segurança.

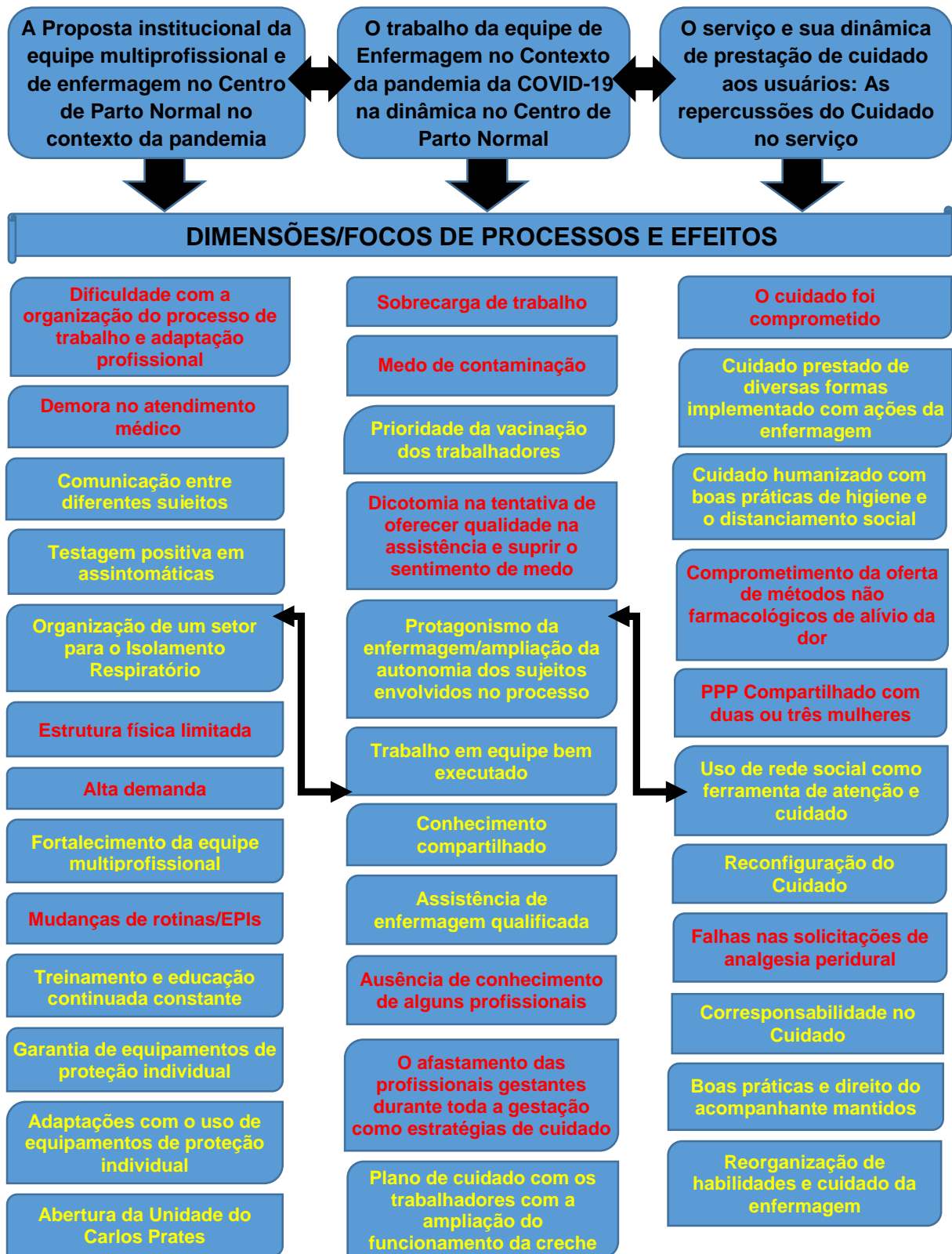
Na dimensão II – O Trabalho da equipe de Enfermagem no Contexto da pandemia da COVID-19 na dinâmica no Centro de Parto Normal –, os resultados apontam para movimentos e ações disparadas, planejadas e/ou implementadas que permitiram aos sujeitos-equipe e sua dinâmica uma ampliação de sua capacidade de análise a partir da boa execução do trabalho em equipe, do conhecimento compartilhado, do respeito à mulher em suas escolhas e das práticas baseadas em evidência na assistência.

Por fim, na dimensão III – O Cuidado e sua dinâmica: Reconfiguração do modo de Cuidar e suas práticas no processo de parto e nascimento no Centro de Parto Normal –, observa-se que os movimentos e ações disparadas, planejadas e/ou implementadas podem ser destacadas como avanços na prestação de um cuidado humanizado, no uso de ferramentas tecnológicas como redes sociais de acordo com a demanda da mulher, nas práticas de saúde vinculadas aos princípios doutrinários do SUS e da política da RC que permaneceram presentes na instituição no contexto pandêmico, além da amamentação, corresponsabilização do cuidado, boas práticas e do direito de escolha do acompanhante, tal qual foram mantidos. Houve modificação quanto a permanência de outros familiares, livre circulação, redução da oferta de analgesia, proibição de visitas, parto na água, comprometimento da oferta de métodos

não farmacológicos de alívio da dor, dentre outras mudanças ocorridas no contexto do cuidado em decorrência da pandemia por COVID-19.

No quadro 6 a seguir estão os principais resultados da proposta de acompanhamento avaliativo transversal do objeto de estudo em suas três dimensões indissociáveis de análise da pesquisa com os respectivos focos destacados, sendo os avanços destacados em amarelo e as lacunas em vermelho.

Quadro 6: Principais resultados das dimensões



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar o cuidado da enfermagem às mulheres no parto e nascimento no contexto da COVID-19 no CPN, setor de isolamento respiratório do HSF, uma instituição de referência em formação e na humanização do parto e nascimento. A pandemia da COVID-19 trouxe sobressaltos e várias mudanças no cotidiano do cenário do estudo marcado por processos organizacionais relativamente estáveis, apesar das frequentes superlotações e absenteísmo.

Os resultados permitiram demarcar lacunas e avanços existentes na assistência ao parto e nascimento enfrentados pela instituição à luz do trabalhador ao se reinventarem e reconfigurarem o cuidado diante das mudanças exigidas pelo contexto da pandemia da COVID-19 sem, contudo, abrir mão da humanização e da segurança do binômio mãe-filho além da preocupação com a defesa dos direitos das mulheres.

Novos desafios se apresentaram e a premência de um planejamento se impôs para permitir uma abordagem antecipada das situações de vulnerabilidade e risco para pacientes e trabalhadores, tornando fundamental a utilização de protocolos, como o plano de contingência da COVID-19 da instituição, somado com a separação dos fluxos e processos relacionados para reduzir e controlar a disseminação no serviço. As Políticas Públicas desempenham papel essencial no processo de desenvolvimento de estratégias que venham a melhorar a qualidade da assistência prestada.

As dimensões I, II e III do estudo foram tomadas na sua transversalidade e dialogam entre si. Discutiremos todos os resultados com foco principalmente nas dimensões II e III pois se articulam e aproximam do objeto de pesquisa, já que os processos e efeitos dessas dimensões são nossos focos de análise do estudo.

Os resultados destacados como avanços na dimensão I correlacionados com a capacidade do serviço para funcionar em sua missão foram: O protagonismo, corresponsabilidade e autonomia da equipe de enfermagem, o planejamento do cuidado coletivo, a aplicabilidade do protocolo institucional adotado, a reorganização assistencial com as mudanças dos fluxos de atendimento e mudanças de rotina, o treinamento da força de trabalho da enfermagem, o uso de ferramentas tecnológicas além da abertura da Unidade Carlos Prates como estratégia de segurança.

Com esses resultados observa-se que a enfermagem se implementou em consonância com o proposto realizando novos modos de fazer o trabalho. A equipe dos profissionais de enfermagem como um todo trabalhou arduamente associada a equipe multidisciplinar no CPN para detectar casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, além de fornecer educação em saúde às famílias presentes neste setor sobre as medidas de prevenção e proteção contra a propagação do vírus SARS-CoV-2. Ainda com a mudança frequente dos protocolos, a enfermagem empenhou-se muito para manter informada, atuando no manejo da organização do setor e nos cuidados dos binômios, apesar de algumas dificuldades com o processo.

De acordo com Seeman *et al.*, (2020) a pandemia evidenciou o desafio de atualização do conhecimento profissional de forma rápida. Muitos profissionais envolvidos em saúde materna e neonatal em todo o mundo não receberam treinamento em COVID-19 em sua unidade de saúde. Em uma pesquisa, os autores apontaram que 53% dos participantes de países de baixa e média renda e 31% de países de alta renda não se sentiam bem informados sobre como cuidar de uma gestante com COVID-19.

Os trabalhadores precisam estar informados, treinados, conscientizados e mobilizados para ações de proteção necessárias. É direito dos trabalhadores ter um ambiente de trabalho seguro e pleno acesso a medidas de proteção compatíveis com suas atividades de rotina e as excepcionais, como aquelas decorrentes do atendimento a COVID-19 (MS, 2020).

Desse modo, de acordo com a PNH, os serviços precisam definir e garantir espaços de representação e escuta dos trabalhadores na gestão da atenção à sua saúde, sendo um dos princípios norteadores da Política a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo dos atores envolvidos (BRASIL, 2004).

A PNH está estruturada em três grandes pilares: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Os princípios estão relacionados a transversalidade que é descrita como o princípio que deve estar presente em todas as políticas da rede de atenção à saúde; indissociabilidade entre atenção e gestão onde está estruturada que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde fornecida à população nas comunidades; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos que apresenta o princípio de que qualquer

mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades (BRASIL, 2013).

Sabe-se que os profissionais da enfermagem têm o conhecimento e as habilidades para prestar os cuidados necessários da sintomatologia da COVID-19. Tal qual, tranquilizar, informar e apoiar cuidadosamente as pessoas, sendo que os enfermeiros são capazes de pensar reflexivamente, cientificamente e criativamente, a fim de desenvolver soluções para todos os tipos de desafios pertinentes às suas atribuições dos diversos profissionais (MARTINS *et al.*, 2020).

No planejamento do trabalho multidisciplinar, voltado para o cuidado, os profissionais de diversas áreas e com diferentes saberes se reúnem para discutir sobre o caso de um determinado paciente para encontrar a melhor maneira de conduzir e elaborar o cuidado, para tanto poder oferecer um atendimento de qualidade e resolutivo. Cada profissional desenvolve o trabalho conforme o seu campo de atuação e as atribuições da sua profissão (SANTOS *et al.*, 2019).

A testagem universal da população obstétrica, por exemplo, subsidia o planejamento do cuidado e da assistência ao parto durante a pandemia. Aspectos esses que são diretamente impactados pelo conhecimento do diagnóstico de COVID-19 em gestantes e puérperas assintomáticas, visando também a proteção da equipe de saúde (MENEZES *et al.*, 2020).

Ainda segundo Menezes *et al.*, (2020) seis estudos foram conduzidos nos Estados Unidos, Reino Unido, Portugal e Japão apontaram a testagem universal como uma estratégia que impacta positivamente o planejamento de ações de gestão e cuidado, tanto do ponto de vista clínico, quanto organizacional. Nesses estudos, as mulheres foram testadas independentemente da presença de sintomas de COVID-19 ou contato com casos conhecidos da doença por meio da coleta de *swabs* na admissão, sendo que o percentual de gestantes com COVID-19 que se apresentavam assintomáticas na admissão variou de 66,6% a 100%.

Dessa forma, diante da pandemia foi necessário uma reorganização da estrutura física, equipamentos, recursos humanos, políticas institucionais e protocolos assistenciais. Uma maternidade segura e adequada deve ter como uma de suas prioridades iniciais o estabelecimento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), pois a qualidade do cuidado e segurança do paciente são conceitos intimamente relacionados.

O estabelecimento do NSP é legal, conforme Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013, de responsabilidade da direção do serviço e favorece a melhoria do cuidado ofertado no âmbito da assistência materna e neonatal, pois tem como seus princípios a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de ferramentas tecnológicas da saúde, serve como um comitê de promoção da qualidade assistencial, independente da forma de organização do serviço (BRASIL, 2014).

Para garantir a segurança da mulher e do seu recém-nascido principalmente na pandemia da COVID-19 todos os profissionais envolvidos na assistência, devem desenvolver cultura de segurança, do cuidado qualificado, prestar atendimento humanizado, indicar e realizar procedimentos de forma individualizada e baseados em evidências e estarem aptos para identificar complicações obstétricas e atender às urgências e emergências, além de acolher a mulher na maternidade nesse período delicado (OMS, 2020).

O acolhimento é uma ferramenta do cuidado essencial durante a gestação, caracterizada como uma postura ética e solidária, enquadrado dentro da Política da Humanização, como uma das práticas de ações em saúde mais importantes. Permite conhecer a mulher profundamente, criar vínculo e proporcionar maior qualidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Percebendo o seu contributo, na área da saúde, bem como a exigência do seu exercício profissional, nas últimas duas décadas, a enfermagem tem-se empenhado, de forma ainda mais notória, em sustentar a sua prática profissional na melhor evidência científica (COSTA, 2021).

O cuidado com as mulheres no ciclo gravídico em tempos de COVID-19 é desafiador e demanda grande resiliência das equipes, além da necessidade de criar estratégias que contribuam para garantir uma assistência segura, respeitosa e humanizada, o que torna importante a oferta de cuidado qualificado a estas mulheres e seus bebês (BRASIL, 2020).

A organização do processo de trabalho dos profissionais da saúde é essencial para garantir a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado, além de permitir o funcionamento e efetividade de novos protocolos de segurança (FREITAS *et al.*, 2020).

Os trabalhadores da equipe com o apoio dos coordenadores e gestores da instituição exerceram uma liderança efetiva com um papel fundamental no cuidado qualificado prestado às mulheres no CPN. A equipe de enfermagem investigada

buscou se apropriar dos conhecimentos produzidos e disponíveis nos protocolos que atualizam constantemente, frente às dúvidas que surgiam e iam sendo sanadas, reorganizando o processo de trabalho. Observou-se a qualificação dos fluxos e ações no serviço a fim de otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis e promover a integralidade e a equidade no acesso às ações de saúde da mulher e do RN.

O profissional da enfermagem está presente desde a admissão até a alta do paciente, também possuindo características que são inerentes da profissão, o qual está em maior tempo junto ao paciente (QUEIROZ *et al.*, 2020). A gestão de equipes, materiais e leitos, também englobam as atribuições da enfermagem, fazendo com que a formação continuada sua e da equipe sob sua responsabilidade seja algo extremamente necessário (TREVISO *et al.*, 2017).

De acordo com Backes *et al.*, (2021) a chegada da pandemia, comportou-se como um ramo recém-aberto de serviço, precipitando-se progressivamente e freneticamente sobre os velhos ramos da produção ampliada de mercado. Repentinamente, exigiu-se grandes massas de força de trabalho, sendo a principal delas a de enfermagem, que se não estivesse disponível para rapidamente estar alocada nos serviços traria uma grande quebra nesta escala de produção e trabalho.

A OMS elaborou um relatório do Conselho Internacional de Enfermeiros e campanha mundial Nursing Now, denominado “State of the world’s nursing - Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da COVID-19 traduzido para o português como “Situação da enfermagem no mundo 2020”, teve a participação de 191 países e, a partir de dados obtidos com cerca de 80% dos países no mundo sobre 15 indicadores analisados, apresenta argumentos convincentes que demonstram o valor da equipe de enfermagem em todo o mundo e mostra que esta força de trabalho da enfermagem tem se expandido com um aumento de 4,7 milhões no total durante o período 2013-2018, representando cerca de 59% dos profissionais de saúde (WHO, 2020).

Dentre os 27,9 milhões de profissionais de enfermagem, 19,3 milhões (69%) são enfermeiros, 6,0 milhões (22%) são auxiliares de enfermagem e 2,6 milhões (9%) não foram classificados em nenhum destes dois grupos. Entretanto, apesar desse aumento, a ampliação ainda é desproporcional em relação ao ritmo acelerado das modificações sociais, econômicas, ambientais, epidemiológicas, pandêmicas, assim

como as distintas demandas e necessidades de países desenvolvidos e em desenvolvimento, no que tange à sua crescente demanda populacional (WHO, 2020).

A pandemia da COVID-19 fez com que os serviços de saúde, incluindo o HSF reorganizassem a assistência na tentativa de mitigar os riscos quanto à exposição ocupacional ao novo coronavírus. Os protocolos da instituição foram atualizados constantemente conforme mudanças do cenário epidemiológico sendo disponibilizados em meio eletrônico para todos os profissionais do serviço, além de impresso no setor. O uso de vídeos foi uma ferramenta facilitadora que permitiu que os profissionais tivessem disponíveis e acessíveis as orientações no dia a dia de trabalho.

Percebe-se que a reorganização do serviço com base nas recomendações do protocolo foi essencial para uma assistência mais segura aos profissionais e aos binômios. A maioria das participantes confirmaram que a criação de fluxogramas de atendimento e a organização institucional para atendimento de gestantes ou puérperas com suspeita ou confirmação de COVID-19 qualificaram a assistência e foram essenciais para o CPN apesar de identificarem importantes limitações na estrutura física do setor.

A RDC 36/2008 no seu artigo 5º estabelece que a infraestrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade. Para além das normativas relativas à infraestrutura, materiais e equipamentos, cabe considerar que as condições de trabalho interferem diretamente na qualidade e segurança do paciente nos serviços de atenção obstétrica (BRASIL, 2008).

A crise de saúde de 2020 decorrente da pandemia acelerou a velocidade das mudanças em processos e procedimentos em pouco tempo. O acolhimento das mulheres nos serviços, as medidas de prevenção de infecções, a reorganização da equipe e a escassez de equipamentos de proteção individual foram fatores que contribuíram para mudar os processos e adaptá-los para orientar a equipe na direção mais segura possível. Neste âmbito, o uso de diretrizes clínicas e a orientação com base em evidências são consideradas práticas essenciais para melhoria da qualidade e segurança do paciente (ACOG, 2020).

Todos os trabalhadores entrevistados mencionaram que não houve falta de EPIs na instituição, corroborando com o que declara a Lei Orgânica do SUS, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual garante a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, bem como a recuperação, reabilitação e assistência às vítimas de acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 1990).

Com a pandemia, veio a necessidade de atualizar os modelos assistenciais às gestantes e por questão de segurança é priorizado que elas tenham o mínimo de contato possível com áreas que possam gerar risco de infecção por COVID-19. Portanto, atualmente os métodos de atendimento perinatais, são voltados ao cuidado e prevenção de riscos, preservando a importância em se ter um acompanhamento de pré-natal, trabalho de parto e parto (LARKI et al., 2020).

A abertura do HSF na Unidade Carlos Prates foi uma estratégia de segurança às usuárias diante do contexto da pandemia da COVID-19, onde todo o atendimento ambulatorial da Unidade Tupi foi transferido para essa unidade com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A Unidade contempla o ambulatório de pré-natal de alto risco, o seguimento do recém-nascido de alto risco, além dos atendimentos de ginecologia, pré-cirúrgicos e triagem auditiva. Com relação à saúde sexual e reprodutiva as usuárias são orientadas sobre os métodos de planejamento familiar, tais como anticoncepcionais administrados por via oral e injetável, preservativos masculinos e femininos, dispositivos intrauterinos, laqueaduras e vasectomias para os homens. Todas as consultas são agendadas pela Central de Marcação da Prefeitura de Belo Horizonte e pelo HSF diminuindo assim o fluxo de pessoas na Unidade Tupi (HSF, 2020).

Contudo, tiveram alguns processos e focos de efeito identificados como lacunas na dimensão I como: Dificuldade de adaptação profissional, demora do atendimento médico, falhas na triagem da portaria, limitação de estrutura física, alta demanda e sobrecarga de trabalho, ambientes estressantes, desqualificados e passíveis da ocorrência de erros, restrição de acompanhantes, doulas, fotógrafos, fragilidade da capacitação, ausência de contato direto com as pacientes e dificuldade de se comunicar com o uso de EPIs.

A capacitação em serviço foi uma das atividades que mais tomou destaque, pela necessidade urgente de implementar novos saberes na dinâmica do trabalho,

todavia, houve uma dificuldade de adaptação profissional inicial com as frequentes mudanças dos protocolos visto que requer do profissional um processo de desconstrução e reelaboração de ações, mesmo em momentos contraditórios e de desafios (COSTA, 2021).

O início da pandemia foi desafiador, sofrido, estressante e provocou mudanças no cotidiano do CPN. Tudo era desconhecido, um vírus novo, uma nova doença e novos protocolos de atendimento. O medo de se contaminar foi relatado por muitas trabalhadoras, principalmente no início da pandemia que foi o auge do estresse, contudo, o trabalho da equipe de enfermagem no CPN como setor de isolamento respiratório objetivou o cuidado centrado na mulher e na sua família, com o resgate do direito à privacidade e à dignidade da parturiente permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências científicas aos cuidados do binômio.

Os principais motivos que levaram os profissionais entrevistados ao medo foram o receio de ser infectado durante o atendimento; aumento da demanda no ambiente de trabalho, incluindo o aumento do número de pacientes e necessidade de se manter atualizado. Um aspecto considerado importante foi que a assistência às mulheres demandou atenção exclusiva da equipe, devido à necessidade de cuidados específicos e seguros exigindo uma reorganização para as demais tarefas, visto que a paramentação e desparamentação exige tempo e muita atenção, o que provocou sobrecarga de trabalho. Notou-se, também, a resistência de alguns profissionais em usar os EPIs de forma recomendada. De acordo com Chagas (2013) os riscos ocupacionais associados a utilização do EPI de maneira inadequada destacam o risco de contaminação por doenças infectocontagiosas.

As recomendações da CCIH da instituição sobre o uso dos EPIs pelos trabalhadores da saúde para o atendimento de toda a população obstétrica, seja ela suspeita ou não de COVID-19 foi sustentada e todos foram unânimes em afirmar que haviam equipamentos em quantidade suficiente o que corrobora com a afirmação da representante da gestão sobre a garantia de EPIs para todos os trabalhadores com estoque por três meses.

Os riscos ocupacionais no ambiente hospitalar são inerentes à profissão, com maior destaque para a equipe de enfermagem, pois é o maior grupo de profissionais de saúde prestadores de assistência ininterrupta 24 horas por dia e oferece assistência de cuidados diretos ao paciente. Dessa forma, a equipe de enfermagem

deve adotar uma postura de precaução para não se infectar. Entretanto, para que isto ocorra é necessário que os mesmos, além do conhecimento sobre os riscos a que estão expostos, tenham medidas preventivas normatizadas pela instituição, de forma que estabeleçam educação continuada e disponibilize o EPI necessário para a rotina do setor (CHAGAS, 2013).

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde públicos, a demora no atendimento médico no cenário pandêmico foi potencializada, pois a usuária passou a ter maiores dificuldades em acessar qualquer tipo de serviço de saúde público, uma vez que o sistema começou a entrar em colapso em alguns estados no Brasil, não tendo como oferecer leito e nem como atender pacientes com uma gripe, dores locais e até mesmo aqueles que necessitavam de urgência, pela falta de materiais necessários ou suficientes para atender o público em geral (SILVA, 2021).

Com relação à restrição de acompanhantes mencionada por vários entrevistados, ressalta que o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher foi mantido no HSF, porém esse acompanhante permaneceria da internação à alta hospitalar o que corrobora com a nota técnica nº 9/2020 do Ministério da Saúde que determina que (BRASIL, 2020):

Mulheres positivas para o vírus SARS-CoV-2 ou suspeitas: o acompanhante permitido deverá ser de convívio diário da paciente, considerando que a permanência junto à parturiente não aumentará suas chances de contaminação; assim sendo, se o acompanhante não for de convívio próximo da paciente nos dias anteriores ao parto, este não deve ser permitido.

Em qualquer situação, não deve haver revezamentos (para minimizar a circulação de pessoas no hospital) e os acompanhantes deverão ficar restritos ao local de assistência à parturiente, sem circulação nas demais dependências do hospital.

O surgimento de sintomas pelo acompanhante em qualquer momento do trabalho de parto e parto implicará no seu afastamento com orientação a buscar atendimento em local adequado.

Em janeiro de 2021, a OPAS emitiu uma recomendação para salientar que todas as gestantes, mesmo aquelas com suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus, têm o direito de um acompanhante de sua escolha, antes, durante e após o parto (OPAS, 2021).

A partir de um diálogo transversal entre si, buscou-se enfatizar os processos e efeitos diante das dimensões II e III, pois são nossos focos de análise, uma vez que

essas dimensões de trabalho da enfermagem e cuidado se dialogam com o objeto do estudo.

Os resultados destacados como avanços nessas duas dimensões deslumbram expressar quais os tipos de práticas de cuidado nos processos de parto e nascimento foram reconfiguradas pela enfermagem e quais as repercussões do cuidado incorporados na relação, sendo elas: a boa execução do trabalho em equipe, o conhecimento compartilhado, o respeito à mulher em suas escolhas e as práticas baseadas em evidência na assistência, prestação de um cuidado humanizado, uso de ferramentas tecnológicas como redes sociais, práticas de saúde vinculadas aos princípios doutrinários do SUS e da política da RC permaneceram presentes na instituição no contexto pandêmico, além da amamentação, corresponsabilização do cuidado, boas práticas e o direito de escolha do acompanhante foram mantidos, o afastamento das trabalhadoras gestantes durante toda a gestação, este último continua mantido até os dias de hoje.

A pandemia tem gerado a necessidade de reinventar a maneira de compartilhar conhecimentos. As mídias sociais se configuram como uma alternativa para proporcionar disseminação de saberes também na área da saúde. Os anos de 2020 e 2021 apresentaram um desafio global e local para o cuidado materno e neonatal seguro.

Um aspecto referente a uma das marcas da pandemia são os riscos para as mulheres, para os profissionais de um modo geral e para a enfermagem obstétrica, em particular, quando a assistência ao parto e nascimento é realizada num contexto em que a assistência é conduzida por enfermeiras obstétricas atuando com a equipe de enfermagem e, ou multidisciplinar, como em um CPN. De acordo com a Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2020 no início da pandemia, como o risco de transmissão perinatal e pós-natal não era conhecido, regulamentos iniciais rígidos foram promulgados.

Durante a internação da mulher em trabalho de parto no CPN, a enfermagem ficava disponível para entrar no quarto PPP sempre que houvesse solicitação da mulher ou demanda de cuidados. Na fase ativa do trabalho de parto e no período expulsivo a mulher é assistida por equipe reduzida, em uso dos EPIs recomendados, composta por uma enfermeira obstétrica, uma enfermeira generalista ou uma técnica de enfermagem, um enfermeiro residente de enfermagem obstétrica e um pediatra.

No caso de mães positivas para COVID-19, as recomendações iniciais estipulavam que a mulher deveria ser isolada de seus bebês e a amamentação ou o uso de leite materno ordenhado não era recomendado devido a questões de segurança. Todavia, com o surgimento de outras recomendações, o atendimento ao recém-nascido no CPN segue as recomendações mais recentes descritas na literatura nacional pautadas no protocolo institucional. O clampeamento oportuno do cordão umbilical é realizado, o contato pele a pele, o RN não recebe higiene corporal. A amamentação é incentivada após a realização de cuidados de higiene da puérpera, incluindo a troca de máscara. Além disso, orienta-se sobre a higiene das mãos e mamas antes de cada mamada e o uso contínuo da máscara (HSF, 2020).

Dessa forma, o uso de práticas assistenciais, sustentadas por evidências científicas e menos invasivas na assistência obstétrica, aliada aos direitos das mulheres pressupõe a garantia da presença do acompanhante, da alimentação durante o trabalho de parto do monitoramento da evolução do trabalho de parto com partograma, além do contato pele a pele, o clampeamento oportuno do cordão umbilical, o estímulo à amamentação (SOUZA *et al.*, 2020).

Conforme Campos *et al.*, (2016) pensando no contexto do cuidado à saúde, a enfermagem é fundamental para acolher e proporcionar segurança durante o atendimento nas maternidades, além de orientar e esclarecer dúvidas. As gestantes referem que o acolhimento e a atenção recebidos pela enfermagem favorecem o processo de confiança paciente-profissional, pois, além do apoio e escuta ativa, a maioria compartilha do gênero feminino, o que favorece o sentimento de empatia e vínculo. No caso da atenção hospitalar, a enfermeira obstétrica é o possuidor de competências especiais para oferecer esse cuidado qualificado. As competências identificadas no trabalho e cuidado da enfermagem nesse estudo estão de acordo com as competências essenciais da International Confederation of Midwives (ICM) para a prática de obstetrícia (ICM, 2019).

O ICM (2019) é um documento que descreve as competências essenciais da International Confederation of Midwives para a prática de obstetrícia, evidenciado por um conjunto mínimo de conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática profissional. É evidente que a enfermeira obstétrica é possuidora de competências essenciais. De acordo com a ICM as Competências Essenciais para a Prática da Obstetrícia foram estabelecidas como o conjunto mínimo de conhecimentos, habilidades técnicas e comportamentos profissionais necessários para a obtenção do

título de enfermeiro obstétrica/obstetiz. Estas competências foram atualizadas em 2018 e publicadas em 2019, são segmentadas em quatro categorias: competências gerais; competências específicas ao cuidado pré-natal e antenatal; competências específicas do cuidado durante o trabalho de parto e parto e competências específicas dos cuidados durante o puerpério e recém-nascidos (ICM, 2019).

Alguns direitos das gestantes assegurados pela CLT sofreram modificações ou acréscimos para se adequarem ao período de pandemia, dada as peculiaridades sanitárias em decorrência da COVID-19. A Lei nº 14.151/ 2021 garantiu o afastamento da gestante das atividades de trabalho presencial durante a emergência nacional decorrente da pandemia pela COVID-19. Segundo a mesma:

Art. 1º Durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus, a empregada gestante deverá permanecer afastada das atividades de trabalho presencial, sem prejuízo de sua remuneração. Parágrafo único. A empregada afastada nos termos do caput deste artigo ficará à disposição para exercer as atividades em seu domicílio, por meio de tele trabalho, trabalho remoto ou outra forma de trabalho a distância. (BRASIL, 2021a).

Contudo, o projeto de Lei nº 2058/216 estabelece medidas sobre o trabalho de gestantes durante a pandemia, prevendo sua volta ao presencial após a imunização. Nesse caso fica garantido à gestante o afastamento do trabalho presencial apenas se a mesma não tiver sido totalmente imunizada. Refere ainda que caso as atividades da gestante no trabalho não possam ser exercidas à distância, ainda que alteradas suas funções na empresa e respeitadas suas condições pessoais e competências, a situação será considerada como gravidez de risco até ela completar a imunização, quando deverá retornar ao trabalho presencial (BRASIL, 2021). Durante esta condição tratada como gravidez de risco, a gestante receberá o salário-maternidade desde o início do afastamento até 120 dias após o parto. E essa foi a decisão institucional em manter o afastamento das gestantes trabalhadoras.

Algumas lacunas identificadas na dimensão II e III foram: Sobrecarga de trabalho no setor, adoecimento da equipe e trabalho árduo sem reposição de funcionários por até 14 dias, medo de se contaminar, insegurança afastamento do próprio núcleo familiar, estressores ocupacionais relacionados às atividades profissionais, o distanciamento, as mudanças de rotina e a alta demanda comprometeram esse cuidado e a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, a limitação de um só acompanhante, o descumprimento do desejo da mulher ao

solicitar um método farmacológico de alívio da dor e a reorganização de habilidades e competências.

Além do exposto, corrobora para o cenário preocupante, uma vez que as repercussões psicológicas causadas pela pandemia podem impactar negativamente na saúde mental, causando estresse. Ainda, há o medo de adquirir a doença, frustração, tédio, redução do convívio social, perda da rotina usual, sensação de isolamento do resto do mundo, desânimo, cansaço extremo, dentre várias outras situações. O medo se expressou por meio de temor, ansiedade, pânico, que são aspectos que se relacionam ao bem-estar das pessoas entrevistadas. A angústia apareceu com sentimentos que vão desde a tristeza, o aborrecimento, até a depressão. O desgaste gerado pela presença de conflitos e desafios enfrentados para zelar e preservar o exercício profissional de forma segura, compreendem um sofrimento emocional gerado, e também interfere na assistência prestada pelos profissionais de saúde (BROOKS *et al.*, 2020).

Segundo Machado (2022) foram 872 profissionais de enfermagem que perderam a vida cuidando de pacientes, e muitos dos que permanecem no campo assistencial carregam marcas profundas na saúde mental, geradas pelas condições de trabalho. Entretanto, a enfermagem continua demonstrando competência, habilidade e muita resistência na luta e no enfrentamento da doença pela COVID-19 atuando na linha de frente.

Foram observados processos e efeitos importantes relacionados ao afastamento de profissionais com sintomas de COVID-19 ou aqueles que tivessem tido contato com caso positivo até serem testados, o que causou sobrecarga e estresse nos que permaneciam trabalhando. Esse tipo de estresse pode ter sido ocasionado pela elevada carga de trabalho. O tempo de afastamento dependia da realização dos testes. No início da pandemia, por aproximadamente 8 meses o resultado demorava até 14 dias.

Segundo Quadros *et al.*, (2020), o déficit de pessoal é responsável pela sobrecarga de trabalho, aumento da exposição aos riscos ocupacionais e progressivo adoecimento da categoria profissional. O ideal seria que houvesse recurso humano suficiente para suprir a ausência de profissionais infectados pela COVID-19, ou em afastamento bem como para a realização de rodízios entre as equipes, o que tornaria menor o tempo de exposição entre os colegas, e melhoraria a qualidade de vida dos trabalhadores.

O cenário do parto e nascimento deve dispor de práticas humanizadas, assim como de métodos de alívio da dor farmacológicos e não farmacológicos, para minimizar o desconforto causado durante o trabalho de parto e todo o processo de parturição. As boas práticas não devem ser abandonadas durante a pandemia. Algumas práticas se mantêm iguais e outras devem ser adaptadas.

Dentre as boas práticas do parto e nascimento estão os métodos não farmacológicos, classificados de acordo com a OMS como "condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas", sendo estratégias utilizadas para aumentar a tolerância à dor, a qualificação da assistência ao parto, além de possibilitar a mulher o protagonismo e o controle sobre o processo parturitivo (WHO, 2018).

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto são opções para a substituição da analgesia durante o trabalho de parto, dentre elas estão: a bola suíça, rebozo, os exercícios perineais, massagem lombossacral, relaxamento muscular, técnicas de respiração, ritmo e movimento, musicoterapia, cromoterapia, acupuntura/acupressão, hipnoterapia, aromaterapia, deambulação, mudança de posição, hidroterapia, sendo essa dividida ainda em banho de aspersão, banheira para imersão e até mesmo o parto na água, podendo ser usados de forma combinado ou isolada. O uso desses métodos vem sendo motivo de estudo há algum tempo, porém, a aplicação desses, ainda é restrita em alguns hospitais e maternidades (MASCARENHAS *et al.*, 2019).

A abordagem farmacológica é direcionada a eliminar a sensação física da dor, incluindo diversas substâncias e técnicas, sendo a analgesia peridural a mais discutida e presente nos estudos. Devido sua grande eficácia para alívio da dor, cada vez mais vem sendo estudada e utilizada no sentido de proporcionar que o trabalho de parto e o parto sejam experiências positivas para a mãe. Assim, reconhece-se o direito da mulher à abordagem farmacológica, quando as medidas não farmacológicas forem insuficientes para confortá-la (FELISBINO, 2017).

Contudo, de acordo com os relatos de algumas entrevistadas ocorreram alterações na condução da prática assistencial do trabalho de parto advindos dos desafios no período pandêmico. As participantes revelaram mudanças na realização dos métodos farmacológicos e dificuldade com a oferta dos métodos não farmacológicos durante o acompanhamento já que o contato com a mulher se tornou um desafio durante a assistência no contexto da pandemia, uma vez que, além do distanciamento físico e do medo, as profissionais precisavam lidar com a barreira

imposta pela paramentação. Essa realidade trouxe prejuízos para a prática assistencial da equipe principalmente pela alta demanda e desafio do uso contínuo dos EPIs.

Juntamente com outras medidas preventivas orientadas durante a internação, como a restrição de acompanhantes, a higienização das mãos constantes, o isolamento social e o uso de EPIs, a vacinação possui a capacidade de amenizar consideravelmente o crescimento no número de casos, além de proteger a população, em especial aqueles que estão mais suscetíveis a COVID-19.

Em 2020 e 2021, a vacinação tornou-se o assunto principal da atualidade, devido à corrida das organizações farmacêuticas para desenvolver uma alternativa imunizadora para o novo coronavírus. Em 18 de janeiro de 2021 teve início a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 no Brasil. A vacinação dos trabalhadores foi uma estratégia de segurança e plano de cuidado mencionada pela representante gestora da instituição. Os profissionais de saúde, por estarem na linha de frente do cuidado dos pacientes com COVID-19, foram os primeiros a ser vacinados, pois estão diariamente expostos ao vírus (LIMA *et al.*, 2021).

A definição e priorização dos grupos vacinados, foram elencados com base no risco de adoecer, ter complicações e óbito como os portadores de doenças crônicas, câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, doença renal, doença respiratória, enfermidades hematológicas, obesidade e pessoas acima de 60 anos. Os riscos de infecção materna durante a gestação e os riscos associados a fetos e recém-nascidos moldaram as recomendações de vacinas ao longo da pandemia de COVID-19 (FILHO *et al.*, 2021). As recomendações originais apoiaram a tomada de decisão compartilhada durante a discussão e consideração da vacinação para mulheres gestantes (BRASIL, 2020).

Atualmente pode-se notar uma grande preocupação com o surgimento de novas variantes mais infecciosas e letais do SARS-CoV-2, assim como as já descobertas variantes P.1 e Delta. Dessa forma é inegável o importante papel da vacina na nossa sociedade, haja visto que a imunização é a forma mais eficaz de prevenir a infecção e a evolução de uma doença em um indivíduo.

As reflexões levantadas nos relatos sobre o cuidado centrado na mulher durante parto e puerpério, não esgotam a necessidade de discussão. Observou-se que os profissionais entrevistados e a representante da gestão seguem conscientes e alinhados com os princípios do cuidado centrado na mulher durante o parto e

puerpério. Reforça-se que para um atendimento adequado, seguro, respeitoso e de qualidade devem ser atendidas as recomendações e observadas evidências científicas relacionadas ao tema, conferindo legitimidade e ética à prática assistencial, garantindo os direitos da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Espera-se que os resultados encontrados na pesquisa possam estimular pesquisas equivalentes em outras maternidades, a fim de revelar o conhecimento acerca do cuidado às mulheres em fase pandêmica e fomentar uma assistência humanizada durante o trabalho de parto e parto além de lutar para que retornemos com todos os cuidados antes ofertados as mulheres O cuidado é reconhecidamente associado à mestria da enfermagem, distinguido como uma expertise reconhecida no campo da saúde nas práticas de cuidado.

A limitação do estudo deve-se principalmente à não-realização das entrevistas com as usuárias que contribuiriam muito para a inclusão de diferentes saberes e visões do cuidado, visto que a PNH tem como método a tríplice inclusão de diferentes sujeitos: gestores, usuários e trabalhadores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse para a realização deste estudo fundamenta-se na análise do cuidado de enfermagem ofertado às mulheres e suas famílias vivenciado durante o período pandêmico. No seu desenvolvimento demonstrou-se que os cuidados voltados para esse grupo incluíam práticas vinculadas aos princípios doutrinários do SUS e o que é posto na Estratégia Rede Cegonha, como cuidado humanizado e boas práticas - cujo cerne é a mudança de modelo de cuidado, mas também por uma lógica em que atenção, gestão e formação profissional de forma indissociada trouxeram reconfigurações dos modos de cuidar da Enfermagem.

Diante disso, considerando os resultados que dispuseram avanços e desafios encontrados no serviço, a pandemia exerceu e continuará a exercer um grande impacto na saúde e no país, em especial em grupos vulneráveis, como no caso de gestantes. É importante refletir sobre os limites e fragilidades identificados no manejo dessa pandemia da COVID-19. Dessa maneira, voltamos o olhar para as ações de qualificação do cuidado à mulher durante a assistência obstétrica.

Considera-se que diante de todas as adversidades causadas pela pandemia da COVID-19, a enfermagem foi capaz de reconfigurar sua atuação para manter a qualidade do cuidado. As práticas de cuidado exercidas pela enfermagem permitem o exercício da autonomia da mulher no processo de parturição, baseada nos princípios da fisiologia do parto e na concepção de que o nascimento é um evento natural da vida, apesar do medo e da sobrecarga de trabalho desses profissionais que trouxeram consigo um sentimento de maior vulnerabilidade, pois se colocavam em risco pelos seus pacientes e conseqüentemente, seus familiares.

Algumas práticas asseguradas pela enfermagem para garantir a humanização do cuidado prestado de diversas formas, na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia da COVID-19 foram: O cuidado humanizado com boas práticas de higiene e distanciamento social; o comprometimento com a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor; o direito de acompanhante de livre escolha da mulher durante toda a internação no setor de isolamento respiratório; as orientações ofertadas aos usuários sobre os riscos de contaminação, a boa execução do trabalho em equipe, dentre outras.

O parto é um momento marcante na vida de muitas mulheres, por se tratar de um período composto por diversas emoções, altas expectativas e planejamentos.

Assim, é perceptível a importância da enfermagem na assistência à mulher gestante e sua família durante a internação hospitalar no setor de isolamento respiratório, onde ela passa por diversas transformações, tanto emocionais quanto fisiológicas, incluindo o medo, sendo necessário um atendimento humanizado e acolhedor, direcionado às suas necessidades, de maneira que estas se sintam confortáveis e seguras com elas mesmas e com a equipe multiprofissional prestadora da assistência.

As responsabilidades, papéis e competências de cada profissional de enfermagem envolvido no cuidado devem ser definidas e pactuadas com clareza e todos devem assumir as suas responsabilidades na prática, promovendo um nascimento saudável e respeitoso com uma assistência centrada na mulher e sua família.

A pandemia da COVID-19 não deve ser motivo para que mulheres tenham seus direitos já tão frágeis desrespeitados. As rotinas e os protocolos foram modificados para garantir uma assistência de qualidade. Gestantes, parturientes e puérperas infectadas ou não pelo vírus, com ou sem sintomas de COVID- 19 precisam e devem receber cuidado humanizado, empático, baseado em evidências científicas, respeitando seus direitos de forma a garantir acesso, qualidade, segurança e continuidade do cuidado protegendo-os da contaminação pelo coronavírus.

Alguns relatos evidenciam claramente a indissociabilidade entre o conhecimento e a prática. Alguns deles ressaltaram os desafios da alta demanda do setor frente às dificuldades no exercício de atividades que envolvem os alunos, como trabalhar, cuidar e acompanhar, que remetem ao fortalecimento da dissociação entre o ensino e a prática.

Confirma-se o desafio da gestão participativa, como a que caracteriza o cenário do estudo, ao buscar no dia-dia o envolvimento de trabalhadores, usuários, controle social e seguimentos da sociedade. Desse modo, o posicionamento da gestão demonstra que o serviço, referência em humanização do parto e nascimento, reconhece a importância da atuação da enfermagem nesse cenário pandêmico e que a instituição se esforça desde a sua criação, para implementar as estratégias propostas pelas Políticas Públicas de saúde materno infantil, e desafiando-se, por conta da pandemia, a ampliá-las no âmbito da saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS - ABENFO. **Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia**. 2002.

Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/116.pdf>. Acesso em: 06 set. 2022.

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). **Clinical Information. Physician FAQs. COVID-19 FAQs for Obstetrician-Gynecologists**, Obstetrics. Published 2020. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/COVID-19-faqs-for-ob-gyns-obstetrics>. Acesso em: 06 jan. 2022.

AGUIAR, C. A. (org.). **Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.

AMORIM RF; SILVA KR; CASIMIRO CF; SILVA PS. **Os desafios da enfermagem brasileira frente à Covid-19 em 2020: uma revisão integrativa**. Saúde em Redes. 2021;7 (Supl.1). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3545>. Acesso em: 25 nov. 2022

AUTONOMO, F. R. O. M. *et al.* A Preceptoría na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS - ABENFO. **Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia**. 2002. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/116.pdf>. Acesso em: 4 set. 2022

BACKES, M.T.S. *et al.* **Working conditions of Nursing professionals in coping with the Covid-19 pandemic**. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2021, v. 42, n. spe. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>. Acesso em: 02 dez. 2022.

BANDARU S.V,; AUGUSTINE A,M.; LEPCHA A. **The effects of N95 mask and face shield on speech perception among healthcare workers in the coronavirus disease 2019 pandemic scenario**. The Journal of Laryngology & Otology, v. 134, n. 10, pág. 895-898, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0022215120002108>. Acesso em: 20 nov. 2022

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 nov. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 dez. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília; 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 569, de 01 de Junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 11 abril 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2228, de 01 de Julho de 2022**. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em 29 nov. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.portalhumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80_2.doc. Acesso em: 22 dez. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. **Dispõe sobre acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 23 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 26 dez. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de dezembro de 2007. Seção 1,p. 2

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**: Seção I, p. 7, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 23 out. 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011e. Seção 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 16 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 2.768, de 16 de dezembro de 2014**. Certifica 6 (seis) unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2768_16_12_2014.html. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **ApiceON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/ApiceON-2017-08-11.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de COVID-19**. Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_COVID-19_2ed.pdf. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde **Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (19-nCov)** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Jul 01]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40249>. Acesso em: 20 nov. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Relatório Técnico – Monitoramento de vacinas em desenvolvimento contra Sars-CoV-2**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/novembro/13/20201030_cgpcclin_decit_sctie_ms_relatorio_tecnico_monitoramento_vacinas_sars-cov-2_final.pdf. Brasília, 2020. Acesso em: 13 jan. 2023.

BROOKS SK, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **TheLancet**, 2020; 395(102227): 912-20.

BRUGGEMANN, O. M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: ZAMPIERI, M. F. M.; OLIVEIRA, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis, SC: Cidade Futura; 2001. p. 23-36.

CAMPOS, G. W. S. Humanização da saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 398-400, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4XmzCwQ8HQfFRNXpGrPz8Sj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2021

CAMPOS, M. L. *et al.* Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **J Nurs Health**, v. 6, n. 3, p. 379-390, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31741/bde31741-596.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2022.

CARDOSO, D.C.C. *et al.* A importância do parto humanizado: uma revisão bibliográfica. **Revista eletrônica Acervo Saúde**, v. sup, n. 41, fev. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2442/1430>. Acesso em: 23 jan. 2022.

CASTRO, E. de SM; OLIVEIRA, F. das CS de; VIANA, MRP. Ações do Enfermeiro Urgente no Combate ao COVID-19. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 6, pág. e38310615855, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15855. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15855>. Acesso em: 17 out.2022

CDC. **Center for Disease Control and Prevention (CDC)**. Interim Considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>. Acesso em: 6 jan. 2021.

CHAGAS MCS, BARBOSA MCN, BEHLING A, *et al.* Risco ocupacional na emergência: uso de equipamentos de proteção individual (EPI) por profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE online**, Recife p. 337-344, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963v7i2a10241p337-344-2013>. Acesso em: 6 jan. 2023

CLOT Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.

COELHO, M.J. Maneiras de cuidar em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2006, v. 59, n. 6 [Acessado 28 Novembro 2022] , pp. 745-751. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600005>. Epub 31 Mar 2008. Acesso em: 28 nov. 2022.

COSTA, T. P. Os desafios da enfermagem obstétrica no início da pandemia de COVID-19 no estado do Pará. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 3, pág. e9510313042, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13042>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DUARTE, E. D. *et al.* A experiência do Hospital Sofia Feldman na construção da rede serviço ensino. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS, 2006.

FELISBINO-MENDES, M.S., *et al.* O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto?. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. Acta paul. enferm., 2017 30(5), p. 458–465, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/mkd4SCSBbv5gDTQsFCW85zG/?lang=pt&format=html#ModalHowcite>. Acesso em: 02 jan. 2022.

FILHO, P.S.D.P.S. *et al.* Vacinas contra Coronavírus (COVID-19; SARS-COV-2) no Brasil: um panorama geral. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e26310817189-e26310817189, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17189/15471>. Acesso em: 24 jan. 2022.

FORTE, E.C.N. *et al.* Processo de trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, p. 1-7, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/1980-220X-reeusp-53-e03489.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2021.

FREITAS, C. M. *et al.* A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Relatório técnico e sumário executivo. Rio de Janeiro: **Cepedes, Ensp/ Fiocruz**, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf. Acesso em: 11 jan. 2022

GALLOTTI, F.C.M. *et al.* (2021). Formação do enfermeiro na perspectiva do cuidado integral e trabalho em equipe. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.] v. 10, n. 1, pág. e24110111724, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11724. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11724>. Acesso em 6 nov. 2022.

GAMA, S. G. N. *et al.* Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reprod. Health**, v. 13, p. 227-265, out.2016, Supl. 1. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0236-7#citeas> Acesso em: 10 jan. 2022

HOSPITAL SOFIA FELDMAN (HSF). **Quem somos. 2021**. Disponível em: <<https://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/quem-somos>>. Acesso em: 26 dez. 2021

HOSPITAL SOFIA FELDMAN (HSF). **Plano de contingência para atendimento de paciente suspeito de coronavírus – COVID-19 VERSÃO 06 – 03/04/2021**.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES - ICM. **Essential Competencies for Midwifery Practice**. 2019. Disponível em: <<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-andpractice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ICM, International Confederation of Midwives. **Los derechos de la mujer en el parto deben mantenerse durante la pandemia del Coronavirus**. 2020. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/newsfiles/2020/03/spanishstatement.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (CH) [Internet]. Geneva: ICN, 2020 [cited 2020 Sep 30]. ICN snapshot survey: **In the Year of the Nurse and the Midwife approximately only half the countries of the world have a Chief Nursing Officer**; Disponível em: <https://www.icn.ch/news/icn-snapshot-survey-year-nurse-and-midwife-approximately-only-half-countries-world-have-chief>. Acesso em: 02 dez. 2022.

KHALIL, A. *et al.* Change in the incidence of stillbirth and preterm delivery during the COVID-19 pandemic. **JAMA**, v. 324, n. 7, p. 705-706, 2020.

KNIGHT, M. *et al.* Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. **BMJ** 2020; 369. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m2107>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

LANSKY, S, Friche AAL, SILVA AAM, *et al.* Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e dos fatores associados à assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LARKI M.; SHARIFI F.; ROUDSARI RL. Models of maternity care for pregnant women during the COVID-19 pandemic. **East Mediterr Health J.** [Internet]. 2020 26(9):994–8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/mdl33047788>. Acesso em 12 Março 2022

LEAL MC, GAMA SGN, PEREIRA APE, *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2017; 3(supl1):e00078816. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2023

LIMA, T. M. de; SILVA, F. V. da; SILVEIRA, É. L. Vacinação no Brasil: Um Discurso de Vida ou de Morte?. **Cadernos Discursivos, Catalão**, v. 2, n 1, p. 127-144, 2021. Disponível em:

https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/595/o/_17_ARTIGO_Tereza_Maria_Francisco_Vieira_Ederson_Luís_Silveira.pdf. Acesso em: 19 jan. 2023.

LIU, W. *et al.* Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During Pregnancy: **A Case Series**. Preprints, Posted: 25 February, 2020. Disponível em:

<https://www.preprints.org/manuscript/202002.0373/v1>. Acesso em: 20 Fev.2022.

MACHADO M.H; WERMELINGER M; MACHADO A.V; PEREIRA EJ. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de Covid-19: a realidade brasileira. In: Portela MC, Reis LG, Lima SM (eds). Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro: **Observatório Covid-19 Fiocruz**, Editora Fiocruz; 2022.

DOI:<https://doi.org/10.7476/9786557081587>. Acesso em: 26 dez. 2022

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, O. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 262-6, 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0262.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed., São Paulo: Atlas, 2013. 225 p.

MARTINS, M.A. DOS ANJOS.; TC. PINTO.; KS, DE BRITO, ACL. COVID-19: Reflexões sobre o trabalho da enfermagem frente à pandemia. Amazônia: **Science & Health**, v. 8, n. 4, p. 98-107, 2020. Disponível em:

DOI:<https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n4p98-107>. Acesso em: 16 nov. 2022.

MASCARENHAS, V. H. A.; LIMA, T. R.; SILVA, F. M. D; NEGREIROS, F. S.;. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 350-357, 2019. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900048>. Acesso em: 26 dez. 2022

MAXWELL, J. A. (2005). Qualitative research design: An interactive approach (2nded.). **Thousand Oaks**, UK: Sage. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/43220402_Qualitative_Research_Design_An_Interactive_Approach_JA_Maxwell. Acesso em: 18 dez. 2021

MENEZES, M.O., *et al.* Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 8 [Acessado 10 Janeiro 2023], e00164820. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164820>>.-Acesso em: 10 jan. 2023

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 10. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2015.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>>. Acesso em: 08 jan. 2021.

MOREIRA H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. **R. bras. Ens. Ci. Tecnol.**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 405-424, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/rbect/article/viewFile/6977/pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021

NURSING NOW. Londres. 2021. **Nursing Times celebra o impacto global da campanha Nursing Now** [citado em 5 mai 2021]. Disponível em:<https://archive.nursingnow.org/nursing-timescelebrates-global-impact-of-the-nursing-now-campaign/>. Acesso em: 01 dez. 2022.

OMS, 2020. Vigilância mundial da doença do COVID-19 causada por infecção pelo novo coronavírus de 2019. **Orientações provisórias**. Disponível em: [https://www.who.int/publicationsdetail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publicationsdetail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 20 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resumo técnico COVID-19 para serviços de maternidade. **Genebra**: OMS/UNFPA; 2020. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/COVID-19-technical-brief-maternity-services>. Acesso em: 20 fev. 2022.

OPAS, 2020. Organização Pan-Americana da Saúde. Alerta epidemiológica: COVID-19 durante el embarazo - 13 de agosto de 2020 / **Epidemiological alert: COVID-19 during pregnancy**. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1117103>. Acesso em: 20 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atualização epidemiológica da doença causada pelo novo coronavírus (covid-19)**. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54595>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PAIXÃO G.P.N.; CAMPOS L.M.; CARNEIRO J.B. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. **Rev Gaúcha Enferm.** 2021 ; 42 (esp) : e 20200165 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PRUDÊNCIO, P. S.; MAMEDE, F. V. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde na percepção da gestante. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, e20180077, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.20180077.

QUADROS A.; O FERNANDES M.T.C.; ARAUJO B.R.; Desafios da enfermagem brasileira no combate da Covid-19. **Rev. Enferm. Foco** 2020; 11 (1) Especial: 78-83. doi: Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3748> Acesso em: 20 out. 2022.

QUEIROZ A.G.S.; SOUZA R.Z.; SOTTOCORNO S.F. Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA internacional para sistematização da assistência de enfermagem a COVID-19. **Journal of Health & Biological Sciences**. v. 8, n. 1, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102830>. Acesso em: 01 dez.2022

SALVIANO, Márcia Eller Miranda *et al.* **Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2016, v. 69, n. 6 [Acessado 4 outubro 2022], pp. 1240-1245. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>. Acesso em: 04 out.2022

SANTOS, M.F.D. *et al.* Residência multiprofissional como espaço de atuação interdisciplinar: relato de experiência. In: **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, v. 16, n. 1, p. 1-15, 2019. Anais [...]. Brasília (DF, Brasil), 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/63/54>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009..Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2022.

SANTOS FILHO S., SOUZA, K. V. Metodologia para articular processos de formação-intervenção-avaliação na educação profissional em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 11]; 25(1): 79-88. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.28322019>>. Acesso em: 04 set. 2021.

SANTOS FILHO, S.B ;ROZA,M.M.R.: GUEDES,C.R.,;BARROS M.E.B.. A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde. **Interface** (Botucatu.Impresso), v.18,p.1041-1052, 2014.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.24-25, 16 abr. 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 6 dez. 2021.

SEMAAN A.T.; AUDET C.; HUYSMANS E., Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. **BMJ Global Health**. 2020;5(6):e002967.

SILVA, R.O.D. *et al.* Uma discussão necessária sobre a vulnerabilidade do consumidor: avanços, lacunas e novas perspectivas. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 19, p. 83-95, 2021.

SILVA. AT, Cabral ES, Batalha MC, Aperibense PG. Florence Nightingale as a theme in the teaching of nursing history. **Hist Enferm Rev Eletrônica**. 2020. Disponível em: <https://here.abennacional.org.br/here/v11/especial/a2.pdf>. Acesso em 17 nov. 2022

SOARES, J.C.; SILVA, E.A.D.; SILVA, M.D.F.D.S. Processos De Trabalho Em Saúde e Planejamento Familiar Sob A Perspectiva Da Integralidade. **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Brasília, 2020. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1106/1082>. Acesso em 03 jan. 2022.

SOUZA K. V. de, *et al.* Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de COVID-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Revista Cogitare Enfermagem**. V. 25, 2020 ISSN: 2176-9133. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>. Acesso em: 11 set. 2021.

SOUZA, A. S. R., AMORIM, M. M. R. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2021, v. 21, n. Suppl 1, pp. 253-256. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>. Acesso em: 04 set. 2021.

SUTTON, D., *et al.* Triagem universal para SARS-CoV-2 em mulheres admitidas para parto. **New England Journal of Medicine**, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2009316>. Acesso em: 18 set. 2021.

TAKEMOTO, M. L. S et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/199183>.. Acesso em: 21 nov. 2021.

TAKEMOTO, M. L. S., *et al.* Brazilian Group for Studies of COVID-19 and Pregnancy. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. **BJOG**. 2020; 127 (3): 161826. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7461482/>. Acesso em: 21 set. 2021.

THOFEHRN MB, Montesinos MJL, Jacondino MB, Fernandes HN, Gallo CMC, Figueira AB. Workprocesses of nurses in health production in a University Hospital in Murcia/Spain. **Cienc Cuid Saúde**. v. 14, n. 1, p. 924-32, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22094/1435> 25. Acesso em: 24 nov. 2022.

TREVISIO, P., PERES, S.C., SILVA, A.D., SANTOS, A.A. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. Artigo de Revisão. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 2017. Disponível em: <https://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59>. Acesso em: 24 dez. 2022.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UNFPA Fundo de Populações das Nações Unidas, 2020 O impacto do COVID-19 no Planejamento familiar: **O que sabemos após um ano de pandemia**. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/impact-COVID-19-family-planning-what-we-know-one-year-pandemic>. Acesso em: 10 dez. 2021.

VASILEVSKI, Vidanka *et al.* Receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: Experiences of women's partners and support persons. **Women and Birth**, v. 35, n. 3, p. 298- 306, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33941497/>. Acesso em: 18 dez. 2022.

VIANA, L. S.; OLIVEIRA, E. N.; VASCONCELOS, M. I. O.; MOREIRA, R. M. M.; FERNANDES, C. A. R.; NETO, F. R. G. X. Educação em saúde e o uso de aplicativos móveis: uma revisão integrativa. **Gestão e Desenvolvimento**, n. 28, p. 75-94, 31 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9466>. Acesso em: 13 dez. 2022.

WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. **Geneva**: WHO. 200 p. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> Acesso em: 10 Jan. 2023.

WHO **State of the world's nursing 2020: Brazil** [Internet]. Washington (DC): WHO; 2020 [cited 30 Jul 27]. Disponível em: <https://apps.who.int/nhwportal/Sown/Files?name=BRA>. Acesso em: 20 maio 2022.

WHO. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. **Geneva**: WHO; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338033>. Acesso em: 20 fev. 2022.

ZVEITER, M. *et al.* O fim anunciado da Rede Cegonha – que decisões tomaremos para o nosso futuro? **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 66736, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/66736/43490>. Acesso em: 21 dez. 2022.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Entrevista nº: ____ Data da entrevista: ____/____/____ Hora da entrevista: _____

1. Dados de Identificação

Identificação: _____
Gênero: () feminino () masculino () outro Qual? _____
Cor declarada: _____
Idade: _____
Número de telefone/WhatsApp: _____
Profissão/Ocupação: _____
Tempo de experiência profissional: _____
Tempo de atuação nesse serviço: _____
Possui outro vínculo empregatício _____

2. Roteiro de entrevista

- 1) Como você avalia a organização do processo de trabalho e do ensino da equipe de enfermagem antes e durante a pandemia COVID-19? Quais rotinas foram modificadas?
- 2) Quais foram os aspectos facilitadores e dificultadores para lidar com as mudanças de fluxo institucional ocorridas na pandemia COVID-19?
- 3) Como você avalia o seu Cuidado de Enfermagem às mulheres no parto e nascimento em relação à estrutura do setor de isolamento, mais especificamente, do CPN, antes e após a pandemia COVID-19?
- 4) Houve necessidade de reconfigurar o modo de cuidar no processo de parto e nascimento da atuação da enfermagem? Houve alterações na qualificação dos serviços prestados no contexto da pandemia?
- 5) Quais as estratégias usadas para a garantia da segurança dos profissionais e dos usuários durante sua internação no setor de isolamento?

APÊNDICE B- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM GESTORES

Entrevista nº: ____ Data da entrevista: ____/____/____ Hora da entrevista: _____

Nome: _____

Idade: _____

Questões norteadoras:

1) Como você avalia o cuidado da enfermagem obstétrica ofertado na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia por COVID-19 sustentado pela PNH?

2) Quais são as estratégias de cuidado implementadas no serviço durante a pandemia da COVID-19? Quais são os maiores desafios encontrados?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Data: _____ Horário de início: _____ Horário de término: _____

Tópicos de observação

- 1) Como a equipe de enfermagem exerce as atividades assistenciais no setor de isolamento nos diversos momentos do plantão, ou seja, acompanhando mulheres em trabalho de parto, no parto e no puerpério?

- 2) Como a equipe de enfermagem se comporta frente a paciente suspeita ou confirmada que está sob seu acompanhamento?

- 3) Quais as práticas implementadas pela enfermagem no cotidiano da instituição no setor de isolamento respiratório para assegurar o ensino e a humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia por COVID-19?

- 4) Em quais momentos e cenários a ocorrência do desconforto ou do medo de contaminação pela COVID-19 é mais frequente?

- 5) Há algum espaço para a reflexão da equipe de enfermagem após a admissão de pacientes suspeitas ou confirmadas pela COVID-19 no setor de isolamento?

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFMG (CEP/UFMG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/HSF)**

Prezado (a) participante,

Gostaria de convidar você, para participar de uma pesquisa, intitulada: **A PANDEMIA DE COVID-19 E O CUIDADO DA ENFERMAGEM ÀS MULHERES NO PARTO E NASCIMENTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM HUMANIZAÇÃO E EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL**. Este estudo será desenvolvido para o Curso de Pós Graduação stricto sensu – Mestrado - da Escola de Enfermagem da UFMG sendo parte da exigência deste para conclusão do mesmo e obtenção do título de Mestre. Será conduzida pelas pesquisadoras Enfermeira Obstétrica Cristiane Alessandra da Silva e Dra. Kleyde Ventura de Souza.

OBJETIVO: Analisar a reconfiguração do cuidado às mulheres e seus bebês no processo de parto e nascimento conduzido por enfermeiras obstétricas, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem em um serviço de referência na formação profissional em obstetrícia, no contexto de pandemia de COVID-19. Espera-se, através desta pesquisa, compreender e explorar os desafios da humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento, na perspectiva da equipe de enfermagem, bem como discutir as mudanças no contexto cuidado, formação e trabalho da enfermagem em decorrência da pandemia por COVID-19, visando assim, contribuir para melhorias no cuidado ao ciclo gravídico puerperal e promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade.

COLETA DOS DADOS: Para que o objetivo seja alcançado, a coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas semiestruturadas baseadas em um roteiro com questões abertas, e a observação participante. As pesquisadoras utilizarão o diário de campo como material para registro das observações. O diário contará com registro de data, hora, e local da coleta de dados. Será abrangido o maior conjunto possível de observações além de documentar eventos observando linguagem corporal, humor ou atitudes das pessoas, o ambiente geral, interações entre participantes, ambiente, e outras informações que possam ser relevantes. O local selecionado para realizar a observação participante será o Hospital Sofia Feldman, mais especificamente o Centro de Parto Normal, setor de isolamento respiratório. As entrevistas poderão levar cerca de 30 minutos a uma hora. A coleta de dados não prejudicará a rotina do setor.

CONFIDENCIALIDADE: A sua participação é voluntária, além disso, optaremos pelo momento mais oportuno e ambiente calmo, de sua escolha, para realizar esta entrevista. O conteúdo da mesma é confidencial e sua identidade será preservada. As respostas serão gravadas, para serem transcritas posteriormente, podendo os dados serem utilizados em futuras publicações.

ASPECTOS ÉTICOS: Os dados desta entrevista poderão ser guardados por 5 (cinco) anos pelas pesquisadoras, e após este período, os mesmos serão totalmente destruídos, conforme preconizado pela Resolução n. 466/2012

RISCOS, DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS: Os riscos relacionados à sua participação são aqueles que podem acontecer em situações de interação entre pessoas. Tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pelas pesquisadoras. Contudo, para minimizar os riscos e suas consequências imediatas,

as pesquisadoras interromperão a entrevista e somente prosseguirão quando o participante assegurar o desejo e condições de retomar a entrevista. A pesquisa poderá ainda ser suspensa em definitivo, caso seja o seu desejo. Durante a entrevista pode haver desconforto ou mobilização emocional pelo conteúdo de algumas perguntas que estarão relacionadas a experiência vivida durante o contexto do estudo. Um mínimo de desconforto poderá acontecer, tendo em vista a realização da observação. Além da garantia do sigilo, poderá ser disponibilizado o serviço da Psicologia do hospital no caso de necessidade do usuário. O benefício se obterá com a reflexão crítica e atualizada sobre a temática, com o intuito de subsidiar ações mais assertivas da prática diária durante a pandemia, promovendo saúde a essas mulheres, recém-nascidos e suas famílias a fim de diminuir a morbimortalidade materna e neonatal.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Ressaltamos ainda, que a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará em prejuízos. O(s) pesquisador (es) irá (ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os pesquisadores e os serviços de saúde onde a pesquisa será implementada assegurarão assistência integral e gratuita em caso de riscos que a pesquisa porventura venha trazer, durante e após sua implementação. Caso você sofra algum dano associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte das pesquisadoras e das instituições envolvidas.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: O termo de consentimento será feito em duas vias, uma cópia será fornecida a você e a outra ficará com o pesquisador responsável. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo ou sua seriedade e intenções, os contatos poderão ser feitos com as pesquisadoras responsáveis. Esclarecemos que você não terá nenhum ônus ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa.

Contatos das Pesquisadoras:

Cristiane Alessandra da Silva: (31) 991231997 e-mail: cris22sandra@gmail.com
Kleyde Ventura de Souza: (31) 99578-7843 e-mail: venturakleyde@gmail.com

Endereço e telefone CEP/UFMG Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Telefone: 34094592

Endereço e telefone CEP/ HSF Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman
Rua Antônio Bandeira, 1060, Tupi. Belo Horizonte. MG. CEP: 31155-660
Telefone: (31) 34082249 E-mail: cep@sofiafeldman.org.br

Local e data: Belo Horizonte, _____ de _____ de 2022.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou de acordo com a gravação da entrevista individual com todas as questões que foram apresentadas neste termo.

Participante da pesquisa

Kleyde Ventura de Souza
Pesquisadora Principal

Cristiane Alessandra da Silva
Pesquisadora Assistente

ANEXO A



CARTA DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

Para: **Prof. Dr. Kleyde Ventura de Souza**
C/C: **Cristiane Alessandra da Silva** (Mestranda)

Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

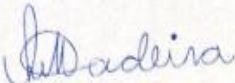
Estimadas,

Atendendo à solicitação de autorização para implementar, nesta Instituição, o projeto de pesquisa: "A PANDEMIA DE COVID-19 E O CUIDADO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA ÀS MULHERES NO PARTO E NASCIMENTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM HUMANIZAÇÃO E EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL", comunico-lhe que não há nenhum impedimento para tal.

No entanto, essa autorização está condicionada à apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) como instituição coparticipante na Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Belo Horizonte, 21 de março de 2022.


Lélia Maria Madeira
Coordenadora da LEP/HSF


Dr. João Batista Marinho de Castro Lima
Diretor Clínico HSF

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PANDEMIA DE COVID-19 E O CUIDADO DA ENFERMAGEM ÀS MULHERES NO PARTO E NASCIMENTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM HUMANIZAÇÃO E EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Pesquisador: Kleyde Ventura de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58653722.7.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.620.425

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, na abordagem qualitativa de pesquisa, que será realizada a partir do interesse em analisar a reconfiguração do cuidado às mulheres e seus bebês no processo de parto e nascimento conduzido por enfermeiras obstétricas, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem em um serviço de referência na formação profissional em obstetria, no contexto de pandemia de COVID19.

Segundo o projeto (PROJETOCRISTIANE.docx), a coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas semiestruturadas baseadas em um roteiro com questões abertas, e a observação participante, com aplicação de um roteiro-guia.

Objetivo da Pesquisa:

São apresentados em PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1942075.pdf:

"Objetivo Primário: Analisar a reconfiguração do ensino e do cuidado às mulheres e seus bebês no processo de parto e nascimento conduzido por enfermeiras obstétricas, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem no contexto de pandemia de COVID-19 em um serviço de referência de cuidado e formação profissional em obstetria.

Objetivo Secundário: Descrever as práticas implementadas pela da enfermagem para assegurar o ensino e a humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.620.425

por COVID-19. Explorar os desafios da humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento, na perspectiva da equipe de enfermagem obstétrica, enfermeiros e técnicos de enfermagem de um serviço de referência na humanização e formação profissional. Discutir as mudanças no contexto do cuidado, formação e trabalho da enfermagem obstétrica em decorrência da pandemia por COVID-19. Conhecer e compreender a percepção dos gestores do HSF quanto ao cuidado da enfermagem obstétrica ofertado na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia por COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE (TCLE.docx) estão descritos:

"Espera-se, através desta pesquisa, compreender e explorar os desafios da humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento, na perspectiva da equipe de enfermagem de um serviço de referência na humanização e formação profissional, bem como discutir as mudanças no contexto cuidado, formação e trabalho da enfermagem em decorrência da pandemia por COVID-19, visando assim, contribuir para melhorias no cuidado ao ciclo gravídico puerperal e promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade. Para que o objetivo seja alcançado, será realizada esta entrevista, que poderá levar cerca de 40 minutos a uma hora. O conteúdo da mesma é confidencial e sua identidade será preservada. As respostas serão gravadas, para serem transcritas posteriormente, podendo os dados serem utilizados em futuras publicações. Importante ressaltar, que os dados desta entrevista poderão ser guardados por 5 (cinco) anos pelas pesquisadoras, e após este período, os mesmos serão totalmente destruídos, conforme preconizado pela Resolução n. 466/2012. A sua participação não é obrigatória, além disso, optaremos pelo momento mais oportuno e ambiente calmo, de sua escolha, para realizar esta entrevista. Ressaltamos ainda, que a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará em prejuízos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme apresentado no parecer consubstanciado (ParecerConsubstanciado.pdf), "trata-se de um projeto a ser desenvolvido como Dissertação do Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Área de Concentração: Saúde e Enfermagem e Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem. [...] O cenário do estudo será o Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Sofia Feldman (HSF), localizado no município de Belo Horizonte/MG.[...]", considerando a pesquisa relevante para a enfermagem obstétrica.

Estão apresentados na Plataforma Brasil (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1942075.pdf):

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.620.425

Centro Coparticipante incluída na PB: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde.

Previsão orçamentária apresentada na PB de R\$2.312,50.

Cronograma previsto apresentada na PB: 11/05/2022 de 30/11/2022. A coleta de dados somente poderá ser iniciada após aprovação ética do sistema CEP/CONEP.

Tamanho amostral: 35 (entrevista e observação)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FolhadeRostoKleyde.pdf: folha de rosto assinada.

ParecerConsubiado.pdf: parecer consubiado da Câmara Departamental do EMI / EEUFMG.

AprovacaoProjetoPesquisaProfKleyde.pdf: DECISÃO Nº 07/2022/ENFERMAGEM-EMISEC-UFMG: aprovação da Câmara do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI) da ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG.

cartadeanuencia.pdf: carta de anuência do Hospital Sofia Feldman (HSF), condicionada à apreciação do comitê de ética da instituição CEP/HSF.

InstrumentodeColetadeDados.docx: Roteiro semi-estruturado com as questões que serão abordadas nas entrevistas, sobre a prática profissional na pandemia da COVID-19 e sobre humanização e o PNH.

PROJETOCRISTIANE.docx: Projeto completo apresenta a metodologia, descrevendo a condução da entrevista e análise dos dados, mas não detalha sobre a observação. Descreve: "Os nomes dos participantes das entrevistas serão codificados para não serem identificados. Seus nomes serão substituídos por códigos alfanuméricos. Ao final, cada entrevista será transcrita na íntegra. Cada grupo profissional participante receberá um código para garantir o anonimato, enfermeiro obstétrico (EO1, EO2, etc.), enfermeiro assistencial (EA1, EA2, etc.), Técnicos de enfermagem (TE1, TE2, etc.) As entrevistas serão encerradas quando se identificar a saturação dos dados, situação

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.620.425

em que as informações fornecidas pelos novos participantes se tornam repetidas, não mais contribuindo para o aperfeiçoamento do caso. Ao identificar a saturação dos dados, a pesquisadora ainda conduzirá mais três entrevistas, a fim de confirmar tal afirmativa " [...]"Será utilizado um gravador digital para registrar as entrevistas, e as anotações oriundas das observações formarão um diário de campo."

TCLE: apresentado como carta convite, assegurando anonimato e apresentando os objetivos. Os riscos de possível constrangimento/desconforto não foram abordados para a entrevista. Não foi mencionado sobre a observação. Somente os dados do CEP/HSF foram incluídos.

Recomendações:

Solicita-se os ajustes no TCLE:

- 1- Incluir também na metodologia a descrição da observação prevista. Como irá proceder (período, quando, local e tempo), e esclarecer de forma a minimizar o desconforto de possível constrangimento, sem trazer prejuízo à prática na rotina do setor.
- 2- Incluir o risco de constrangimento e desconforto, e como serão minimizados.
- 3- Incluir o benefício direto de reflexão da prática profissional pelos participantes, considerando a abordagem tratada da humanização e do cuidado.
- 4- Incluir os dados do Comitê de Ética da UFMG (CEP-UFMG).
- 5- Enumerar as páginas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na condição de se atender as solicitações apresentadas no campo de recomendações, e, que será analisado no CEP/HSF, cenário da pesquisa, aprova-se o protocolo submetido.

Além do já descrito pelo relator, sugiro atualizar o cronograma, adequar o TCLE informando quem é o pesquisador responsável, incluindo a rubrica na página de frente, o CEP principal é o da UFMG, sendo o Sofia Feldman coparticipante.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 5.620.425

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado revisor, não gerei diligência, por se tratar de um protocolo submetido desde maio, que estava sem relatoria, então, realizei a relatoria aprovando com recomendação, para que não fique mais parado em nosso CEP e como sera avaliado pelo cep do hospital, eles precisam que liberemos aqui para ir para la. De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o CEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1942075.pdf	11/05/2022 21:00:57		Aceito
Outros	AprovacaoProjetoDePesquisaProfKleyde.pdf	11/05/2022 20:59:22	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Outros	ParecerConsubiado.pdf	11/05/2022 20:30:38	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoKleyde.pdf	11/05/2022 15:14:22	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Outros	InstrumentodeColetadeDados.docx	10/05/2022 15:57:02	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/05/2022 15:35:42	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia.pdf	04/05/2022 15:27:50	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCRISTIANE.docx	04/05/2022 15:25:32	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/05/2022 15:21:27	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	04/05/2022 15:19:51	Kleyde Ventura de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.620.425

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

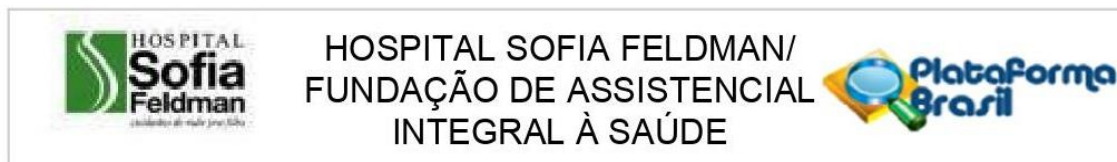
Não

BELO HORIZONTE, 01 de Setembro de 2022

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C



HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PANDEMIA DE COVID-19 E O CUIDADO DA ENFERMAGEM ÀS MULHERES NO PARTO E NASCIMENTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM HUMANIZAÇÃO E EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Pesquisador: Kleyde Ventura de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58653722.7.3001.5132

Instituição Proponente: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.643.076

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa”, “Método”, “Critérios de inclusão e exclusão”, “Análise dos dados” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas dos arquivos: Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2011145.pdf), do Projeto.docx e outros arquivos postados na Plataforma Brasil. Trata-se de um projeto de pesquisa, cuja pesquisadora principal Profa. Kleyde Ventura de Souza e pesquisadora assistente mestranda Cristiane Alessandra da Silva a ser desenvolvido como Dissertação do Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Área de Concentração: Saúde e Enfermagem e Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa e utilizando-se da metodologia do estudo de caso. O cenário do estudo será o Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Sofia Feldman (HSF), localizado no município de Belo Horizonte/MG. Serão convidados a participar do estudo a(o)s enfermeira(o)s obstétricas, enfermeira(o)s assistenciais e técnicas em enfermagem que atuam diretamente na assistência ao parto e nascimento no setor de acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, no CPN. Será também convidado as demais enfermeiras(o)s e técnica(o)s de enfermagem que atuam no CPN, de forma

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060, prédio do Centro de Capacitação, sala 2.
Bairro: Tupi **CEP:** 31.844-130
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 **E-mail:** cep@sofiafeldman.org.br



HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 5.643.076

aleatória, bem como os gestores da Instituição e coordenador do serviço. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas semiestruturadas baseadas em um roteiro com questões abertas, e a observação participante, com aplicação de um roteiro-guia. A amostra por conveniência será realizada através da homogeneidade e sua seleção ocorrerá através do recrutamento dos participantes a partir de critérios pré-estabelecidos em função dos objetivos da pesquisa. A interpretação dos dados coletados (entrevistas e observação) será feita através da metodologia de avaliação transversal que envolverá análises propostas nos referenciais de processos de formação-intervenção

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a reconfiguração do ensino e do cuidado às mulheres e seus bebês no processo de parto e nascimento conduzido por enfermeiras obstétricas, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem no contexto de pandemia de COVID-19 em um serviço de referência de cuidado e formação profissional em obstetria.

Objetivo Secundário:

- Descrever as práticas implementadas pela da enfermagem para assegurar o ensino e a humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia por COVID-19.
- Explorar os desafios da humanização do cuidado na atenção ao parto e nascimento, na perspectiva da equipe de enfermagem obstétrica, enfermeiros e técnicos de enfermagem de um serviço de referência na humanização e formação profissional.
- Discutir as mudanças no contexto do cuidado, formação e trabalho da enfermagem obstétrica em decorrência da pandemia por COVID-19.
- Conhecer e compreender a percepção dos gestores do HSF quanto ao cuidado da enfermagem obstétrica ofertado na atenção ao parto e nascimento no contexto da pandemia por COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos incluem desconforto ou mobilização emocional pelo conteúdo de algumas perguntas que estarão relacionadas a experiência vivida durante o contexto do estudo. Um mínimo de desconforto poderá acontecer, tendo em vista a realização da observação. Além da garantia do

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060, prédio do Centro de Capacitação, sala 2.

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

E-mail: cep@sofiinfeldman.org.br



HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 5.643.076

sigilo, poderá ser disponibilizado o serviço da Psicologia do hospital no caso de necessidade do usuário, e a certeza que pode desistir a qualquer momento.

Benefícios:

Contribuir para melhorias no cuidado ao ciclo gravídico puerperal e promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade, na perspectiva da equipe de enfermagem de um serviço de referência na humanização e formação profissional, bem como discutir as mudanças no contexto cuidado, formação e trabalho da enfermagem em decorrência da pandemia por COVID-19.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo exequível, nacional de caráter acadêmico, realizado para obtenção do título de mestre que pode ampliar as evidências na produção do conhecimento e servir de subsídios para avanços na discussão da reconfiguração do cuidado da enfermagem obstétrica no contexto da pandemia considerando os desafios para a qualificação do cuidado assistencial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do projeto de pesquisa não foram encontradas pendências ou inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/2012, no item XI.2 d

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2011145.pdf	13/09/2022 16:04:19		Aceito
Outros	CartaRespostaDasPendenciasDaApreciacaoEtica.docx	13/09/2022 16:03:38	Kleyde Ventura de Souza	Aceito

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060, prédio do Centro de Capacitação, sala 2.

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

E-mail: cep@sofiinfeldman.org.br



HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 5.643.076

Outros	Roteiro para Observação Participante.docx	13/09/2022 15:43:07	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE ATUALIZADO.docx	13/09/2022 15:40:01	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA ATUALIZADO2.docx	13/09/2022 15:36:56	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Outros	Aprovação Projeto de Pesquisa Prof Kleyde.pdf	11/05/2022 20:59:22	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Outros	Parecer Consubstanciado.pdf	11/05/2022 20:30:38	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Outros	Instrumento de Coleta de Dados.docx	10/05/2022 15:57:02	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/05/2022 15:35:42	Kleyde Ventura de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO CRISTIANE.docx	04/05/2022 15:25:32	Kleyde Ventura de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 14 de Setembro de 2022

Assinado por:
Erika da Silva Dittz
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060, prédio do Centro de Capacitação, sala 2.

Bairro: Tupi **CEP:** 31.844-130

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

E-mail: cep@sofiafeldman.org.br