

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS FOZ DO IGUAÇU
CENTRO EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

Taís Regina Schapko

Atenção pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19

**FOZ DO IGUAÇU/PR
2022**

TAÍS REGINA SCHAPKO

Atenção pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19

Versão Original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação, Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Aparecida Baggio

CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Ana Paula Contiero Toninato

**Foz do Iguaçu/PR
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Schapko, Tais Regina

Atenção pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19 / Tais Regina Schapko; orientadora Maria Aparecida Baggio; coorientadora Ana Paula Contiero Toninato. -- Foz do Iguaçu, 2022.

78 p.

Dissertação (Mestrado Profissional Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2022.

1. PRÉ-NATAL. 2. FRONTEIRAS. 3. SAÚDE PÚBLICA. 4. COVID-19. I. Baggio, Maria Aparecida, orient. II. Contiero Toninato, Ana Paula, coorient. III. Título.

SCHAPKO, T. R. **Atenção pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2022.

Aprovado em: 30/09/2022

Banca Examinadora

Profa. Dra.: **Maria Aparecida Baggio**

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Julgamento: _____

Profa. Dra.: **Rosane Meire Munhak da Silva**

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Julgamento: _____

Profa. Dra.: **Ana Paula Xavier Ravelli**

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG

Julgamento: _____

RESUMO

SCHAPKO, T. R. **Atenção pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19.** 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2022.

O pré-natal abrange ações de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento, sendo considerado a principal estratégia para promoção da saúde na gestação. No Brasil, devido à pandemia da COVID-19, foi necessária a reorganização dos serviços de saúde, para atendimento da grande demanda de casos suspeitos e confirmados da doença, o que pode ter agravado as lacunas já existentes na atenção pré-natal. O objetivo do estudo foi compreender a atenção pré-natal em uma região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em serviços da atenção primária à saúde, com 27 participantes, entre mulheres e profissionais de saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas, remotas e presenciais, entre agosto de 2021 a janeiro de 2022, cujos dados foram averiguados por análise temática. Foram identificadas quatro categorias temáticas, quais sejam: Início do pré-natal adiado; Parcialidade nas ações em saúde no pré-natal; (Des)informação em saúde em período de pandemia; e Medidas de prevenção à COVID-19 na gestação. Identificou-se que a gestação durante a pandemia causou surpresa, preocupação e medo, o que contribuiu para o adiamento do pré-natal. As consultas foram suspensas no início da pandemia e, ao serem retomadas, ocorreram presencialmente, com pouca utilização do teleatendimento, limitando-se a busca ativa para residentes no Brasil. As medidas para prevenção da contaminação pela COVID-19 foram adotadas pelos serviços de saúde. Dentre essas medidas, houve a restrição do acompanhante/companheiro durante os atendimentos. A pandemia da COVID-19 gerou retrocessos no pré-natal, como a restrição do acompanhante nas consultas e exames, suspensão de grupos de gestantes, com prejuízos na educação em saúde, adiamento do início do pré-natal e/ou comprometimento da sua realização, particularmente de brasileiras residentes no Paraguai. Teleatendimento, como estratégia para acompanhamento do pré-natal, apareceu timidamente. Os serviços de saúde se reorganizaram para manter as medidas para evitar a contaminação e, assim, tentar garantir o seguimento pré-natal de forma presencial. Políticas de saúde que integrem ações entre os países de fronteira são requeridas para assegurar a atenção pré-natal e/ou a sua continuidade por meio de programas e estratégias governamentais que considerem singularidades desse contexto.

Palavras-Chave: Cuidado Pré-Natal; Profissionais de Saúde; Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Saúde na Fronteira.

ABSTRACT

SCHAPKO, T. R. **Prenatal care in a border region during the COVID-19 pandemic.** 2022. Dissertation (Master in Public Health) – Center for Education, Literature and Health, State University of Western Paraná, Foz do Iguaçu, 2022.

Prenatal care includes prevention, promotion, diagnosis and treatment measures and is considered the most important strategy for health promotion in pregnancy. In Brazil, due to the COVID-19 pandemic, it was necessary to reorganize health services to meet the high demand for suspected and confirmed cases of the disease, which may have exacerbated existing gaps in prenatal care. The objective of the study was to understand prenatal care in a border region during the COVID-19 pandemic. This is a qualitative study of 27 participants, including women and health professionals, in primary care settings between August 2021 and January 2022 using semistructured, remote, and in-person interviews, with data analyzed using thematic analysis. Four thematic categories were identified: delayed initiation of prenatal care, partiality in prenatal health interventions, misleading health information in a pandemic period, and COVID-19 prevention interventions in pregnancy. Pregnancy during the pandemic was found to cause surprise, concern, and anxiety, which contributed to the postponement of prenatal care. Consultations were suspended at the beginning of the pandemic, and when they resumed, they took place in person, with little use of telecare and active seeking limited to residents of Brazil. Health services took measures to prevent infection through COVID-19. These measures included limiting escorts during visits. The COVID-19 pandemic has led to setbacks in prenatal care, such as the restriction of doulas or spouses during consultations and examinations, the exposure of groups of pregnant women with losses in health education, the postponement of the start of prenatal care and/or the impairment of its delivery, especially among Brazilian women residing in Paraguay. Telecare as a strategy for prenatal follow-up was introduced only hesitantly. Health services reorganized to maintain measures to prevent infection in an attempt to provide prenatal care in person. Health policies that integrate actions between border countries are needed to ensure prenatal care and/or its continuity through government programs and policies that take into account the specificities of this context.

Keywords: Prenatal care; Healthcare professionals; Primary Health Care; COVID-19; Cross-border Healthcare.

RESUMEN

SCHAPKO, T. R. **Atención prenatal en una región fronteriza durante la pandemia de COVID-19.** 2022. Dissertación (Maestría en Salud Pública) – Center for Education, Literature and Health, State University of Western Paraná, Foz do Iguaçu, 2022.

La atención prenatal abarca acciones de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento, considerándose como la principal estrategia para la promoción de la salud durante el embarazo. En Brasil, debido a la pandemia del COVID-19, fue necesaria una reorganización de los servicios de salud a fin de atender la gran demanda de casos sospechosos y confirmados de la enfermedad, pudiendo esto haber exacerbado las brechas existentes en la atención prenatal. El objetivo del estudio fue comprender la atención prenatal en una región fronteriza durante la vigencia de la pandemia del COVID-19. Estudio cualitativo, realizado en los servicios de la atención primaria a la salud, con 27 participantes, entre mujeres y profesionales de la salud, por medio de entrevistas semiestructuradas, remotas y presenciales, entre agosto de 2021 y enero de 2022, siendo dichos datos estudiados por análisis temáticos. Se identificaron cuatro categorías temáticas, las cuales son: Inicio con demora del prenatal; Parcialidad en las acciones en salud en el prenatal; (Des)información en salud en periodo de pandemia; y Medidas de prevención al COVID-19 durante el embarazo. Se identificó que el embarazo durante la pandemia provocó sorpresa, preocupación y temor, lo que contribuyó a la postergación del prenatal. Las consultas fueron suspendidas al inicio de la pandemia y al ser retomadas, se hicieron de manera presencial, con poca utilización de la teleatención, limitándose a la búsqueda activa para residentes en Brasil. Las medidas para prevención de la contaminación por el COVID-19 fueron adoptadas por los servicios de salud. Entre esas medidas, estuvo la restricción del acompañante/compañero durante las atenciones. La pandemia del COVID-19 generó retrocesos en el prenatal, como la restricción del acompañante en las consultas y exámenes, suspensión de grupos de embarazadas, con perjuicios en la educación en salud, postergación del inicio del prenatal y/o el compromiso en su realización, particularmente de brasileñas residentes en Paraguay. Teleatención, como estrategia para acompañamiento del prenatal, apareció tímidamente. Los servicios de salud se reorganizaron para mantener las medidas para evitar la contaminación, y así, intentar garantizar el seguimiento prenatal de forma presencial. Se requieren políticas de salud que integren acciones entre los países de frontera para asegurar la atención prenatal y/o su continuidad por medio de programas y estrategias gubernamentales que consideren las singularidades de ese contexto.

Palabras Clave: Cuidado Prenatal; Profesionales de la Salud; Atención Primaria a la Salud; COVID-19; Salud en la Frontera.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres que realizaram o pré-natal no período da pandemia da COVID-19 em Foz do Iguaçu, PR, Brasil. (2021-2022)	38
Quadro 2 - Consolidação dos dados obstétricos das mulheres de Foz do Iguaçu, PR, Brasil. (2021-2022)	39
Quadro 3 - Consolidação dos dados sociodemográficos dos profissionais de Foz do Iguaçu, PR, Brasil. (2021-2022)	40

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CENNI	Centro de Nutrição Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMI	Centro Materno Infantil
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DeSC	Descritor em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GT Itaipu Saúde	Grupo de Trabalho Itaipu Saúde
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MMI	Mortalidade Materno-Infantil
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
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
PDFF	Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RG	Registro Geral
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMP	Rede Mãe Paranaense
SIS Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	Indicadores de atenção pré-natal em diferentes contextos	16
3.2	Evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher	18
3.3	Atenção pré-natal na vigência da pandemia da COVID-19	21
3.4	Faixa de fronteira e ações de integração do Mercosul	23
3.5	Movimento migratório entre Brasil e Paraguai	27
4	MATERIAIS E MÉTODO	32
4.1	Tipo do estudo	32
4.2	Local do estudo	32
4.3	Participantes do estudo	33
4.4	Crítérios de inclusão e exclusão dos participantes	33
4.5	Coleta de dados	34
4.6	Análise de dados	35
4.7	Aspectos éticos em pesquisas com seres humanos	37
5	RESULTADOS	38
6	DISCUSSÃO	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES	64
	ANEXOS	75

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal pode ser definida como um conjunto de intervenções baseadas na prevenção, promoção, diagnóstico e ações curativas, objetivando o bem-estar materno e infantil na gestação. O pré-natal é considerado a principal estratégia para promover a saúde materno-infantil e para prevenir eventos adversos na Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2016).

O primeiro contato de uma mulher com o serviço de saúde pode ser quando se percebe gestante, para dar início ao pré-natal. Neste momento, a assistência deve ser estruturada de modo a atender suas necessidades. Para que a assistência seja efetiva, alguns aspectos devem ser observados, como a formação de vínculo com o profissional, com um comportamento acolhedor e escuta qualificada (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Entretanto, existem lacunas que interferem no pré-natal, como a baixa cobertura do serviço, o início tardio do acompanhamento pré-natal, a programação inadequada dos intervalos entre os atendimentos. Essas lacunas podem resultar em um número insuficiente de consultas pré-natais, falha nas informações passadas para as gestantes referentes à gestação e ao parto, peregrinação para o parto e carência na integração entre os serviços de baixo, médio e alto risco gestacional. A inadequação do pré-natal pode contribuir para aumento da Mortalidade Materna-Infantil (MMI) (MENDES *et al.*, 2020).

Aproximadamente 99% das mortes maternas no mundo ocorrem em países subdesenvolvidos e de baixa renda; a África subsaariana registra mais de 50% dos óbitos. Em 2015, as taxas de mortalidade eram de 239/100.000 NV nos países subdesenvolvidos e 12/100.000 NV em países desenvolvidos. O Brasil enfrenta barreiras para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) pactuados em reduzir a mortalidade materna para menos de 70/100.000 NV (OPAS, 2018).

A taxa de letalidade materna pela COVID-19 no Brasil foi de 7,2% em 2021, acima da letalidade geral pela COVID-19 que era de 2,8%, elevando o número de óbitos maternos no país (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021). Nos anos de 2020 e 2021, a taxa de mortalidade materna no país teve um aumento de 67 para 107 mortes a cada 100.000 NV devido aos óbitos ocasionados pela COVID-19 no período gravídico-puerperal (DALL'ARA, 2022).

O Brasil manifesta falhas na atenção pré-natal com variações regionais dos indicadores de saúde, principalmente na Região Norte do país. As desigualdades regionais,

barreiras geográficas e de acesso ao serviço de saúde no Brasil podem ocasionar desfechos negativos para o recém-nascido, como o nascimento prematuro (LEAL *et al.*, 2020).

As dificuldades de acesso à saúde em região de fronteira, seja pela distância geográfica ou demora na realização de exames, são fatores que podem interferir na qualidade da atenção pré-natal. Neste sentido, o acompanhamento adequado da gestante, por meio do pré-natal, é fundamental para a saúde dela e do recém-nascido. Para isso, a APS deve possibilitar vínculo com as gestantes, realizar estratificação de risco e encaminhamento a outros níveis de atenção à saúde quando necessário (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Visando contemplar a integralidade da atenção pré-natal e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, foi implantada, em 2011, pelo Ministério da Saúde (MS), a Rede Cegonha (RC), uma estratégia que tinha como objetivo organizar a assistência e garantir a atenção integral à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Uma das principais ações do RC foi estabelecer a estratificação de risco gestacional, com seguimento assistencial diferenciado para gestantes de baixo e alto risco (BRASIL, 2011).

Contudo, em abril de 2022, na vigência da pandemia, o MS iniciou a implantação da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) em todo o território nacional. A RAMI é uma atualização da RC e tem como objetivo reduzir a morbimortalidade materna e infantil por meio da atenção integral à mulher no planejamento familiar, gestação, atenção pré-natal, parto, perda gestacional e período puerperal, além de garantir o cuidado ao recém-nascido e à criança (BRASIL, 2022a).

No estado do Paraná, no ano de 2012, foi implantada a Rede Mãe Paranaense (RMP) fundamentada no programa Mãe Curitibana e norteia a atenção materno-infantil no estado do Paraná. A RMP criou a estratificação de risco estadual, incluindo, além do alto e risco habitual (baixo risco gestacional), o risco intermediário, com orientações e ações singulares a esse grupo gestacional (PARANÁ, 2012).

A organização da atenção pré-natal por meio da RMP ocorreu nas 22 regionais de saúde existentes no Paraná e impactou positivamente os indicadores materno-infantis do estado (FRANK *et al.*, 2016). A 9ª regional de saúde, que abrange o município de Foz do Iguaçu, está localizada na faixa de fronteira com o Paraguai e Argentina (PARANÁ, 2021a). Mesmo com a melhora dos indicadores de saúde, a 9ª regional não alcançou as metas propostas pela RMP (FRANK *et al.*, 2016). A pandemia COVID-19 pode agravar esses indicadores, que já necessitavam de melhorias.

No ano de 2022, o estado do Paraná instituiu a Linha de Cuidado Materno Infantil, composta por recomendações visando garantir a atenção integral à mulher no ciclo gravídico puerperal e às crianças até os dois anos de idade. Em 2022, houve a alteração dos critérios para a estratificação de risco gestacional incluindo ações específicas para acompanhamento de gestantes de risco habitual, intermediário ou alto risco (PARANÁ, 2022).

Nas faixas de fronteiras, existe a livre circulação de pessoas e a busca pela assistência à saúde em outros países, incluindo a assistência obstétrica. Esse fator pode gerar lacunas na assistência em razão de o indivíduo não pertencer ao território onde é atendido. Condição que pode tornar os serviços de saúde pouco resolutivos, pois dificulta a continuidade da atenção pré-natal (FERREIRA *et al.*, 2017).

O trânsito livre entre as áreas de fronteira pode ocasionar agravos à saúde, elevando o risco da emergência e reemergência de patologias, além de favorecer a disseminação de doenças infecciosas (FABRIZ, 2019). A COVID-19 é uma infecção viral emergente causada pelo SARS-Cov-2, que modificou o fluxo de atendimento nos serviços de saúde, incluindo a atenção materno-infantil (PEREIRA *et al.*, 2020).

A COVID-19 é uma doença viral causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 que acomete a população em várias faixas etárias, comprometendo principalmente o sistema respiratório. O novo coronavírus foi identificado em dezembro de 2019 na China. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em janeiro de 2020 o surto pelo novo coronavírus como uma emergência de saúde pública. Devido à alta taxa de transmissão e disseminação global, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como pandemia em março de 2020 (OPAS, 2022).

Com o aumento de casos por COVID-19, foi verificado que as gestantes, especialmente no último trimestre da gestação e no puerpério, apresentam maior risco de complicações maternas, comparado a outros grupos populacionais (RASMUSSEN *et al.*, 2020). No Brasil, o MS passou a considerar as gestantes e puérperas até o 45º dia de pós-parto como grupo suscetível para a infecção pela COVID-19, além dos indivíduos com comorbidades e idosos (BRASIL, 2021a). No Paraná, também foi ampliada a imunização contra a COVID-19 para puérperas até 45 dias após o parto (PARANÁ, 2021b).

Devido à pandemia da COVID-19, o sistema de saúde foi reorganizado e alguns municípios priorizaram o atendimento de sintomas respiratórios, ficando a atenção pré-natal em segundo plano. Algumas unidades de saúde do Brasil, incluindo os serviços de saúde da APS de referência materno-infantil localizados na fronteira, suspenderam ou adiaram as

consultas pré-natais e exames clínicos, dificultando o acompanhamento adequado e retardando a identificação de morbidades na gestação (PEREIRA *et al.*, 2020).

As lacunas existentes no pré-natal no Brasil tenderam a se agravar durante a pandemia, sendo que os óbitos por COVID-19 e por outras doenças mostraram tendência a aumentar (SOUZA; AMORIM, 2021). A pandemia impactou negativamente a mortalidade materna no Paraná nos anos de 2020 e 2021, triplicando a Razão de Mortalidade Materna (RMM), com redução após o início da vacinação das gestantes contra a COVID-19 a partir de agosto de 2021 (PARANÁ, 2022).

Diante do exposto, tem-se como questão norteadora desse estudo: Como aconteceu a atenção pré-natal em uma região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Compreender a atenção pré-natal em uma região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

Identificar o impacto da pandemia para a atenção pré-natal em uma região de fronteira.

Descrever as ações realizadas pela APS para promoção da saúde e prevenção de agravos pela COVID-19 em gestantes em período de pandemia.

Conhecer as medidas de prevenção da COVID-19 para a realização do pré-natal em região de fronteira.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura compreenderá os seguintes tópicos: indicadores de atenção pré-natal em diferentes contextos, evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, atenção pré-natal na vigência da Pandemia da COVID-19, faixa de fronteira e ações de integração do Mercado Comum do Sul (Mercosul) e o movimento migratório entre Brasil e Paraguai.

3.1 Indicadores de atenção pré-natal em diferentes contextos

A atenção pré-natal é essencial para garantir a redução da MMI e atingir os indicadores de saúde estabelecidos pela OMS. A atenção no período perinatal configura-se de modo diferente em cada região do mundo, destacando a diferença nos indicadores de saúde entre os países subdesenvolvidos e desenvolvidos (WHO, 2020).

Cuba é um dos países com melhores indicadores maternos infantis da região das Américas. Ainda assim, manifesta taxas elevadas de aborto, principalmente entre adolescentes. O país possui acesso universal aos serviços de saúde, inclui ações como o monitoramento e acolhimento precoce das gestantes no pré-natal (ESPINOSA *et al.*, 2018).

O sistema de saúde na China recomenda o acompanhamento precoce da gestante no pré-natal, incluindo ao menos um teste de gravidez, quatro consultas durante o segundo e terceiro trimestre gestacional, parto hospitalar e visitas pós-parto. No entanto, ressalta-se que há baixa procura ao serviço e início tardio do pré-natal, principalmente atribuído à dificuldade de acesso e à condição econômica das gestantes residentes em áreas rurais do país (WU *et al.*, 2019).

A Índia, assim como outros países subdesenvolvidos, apresenta taxas elevadas de mortalidade materna, sendo de 240 mortes/100.000 NV. Das gestantes, somente 43% delas iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, 52% são acompanhadas por equipe de saúde e 65% recebem suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. Ao se considerar esses dados, nota-se necessidade de ampliação do acesso à saúde para elevar a qualidade da atenção pré-natal no país (KHAN; RAZA, 2017).

Nos Estados Unidos da América (EUA), as gestantes encontram dificuldades de acesso ao pré-natal, podendo iniciar o acompanhamento gestacional tardiamente. As mulheres que possuem plano de saúde privado antes da gravidez possuem maiores taxas de continuidade da assistência antes, durante a após a gestação, resultando em melhores desfechos gestacionais (DAW; SOMMERS, 2018).

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mais frequente em países de baixa e de média renda. Destaca-se também as inúmeras barreiras de acesso à saúde presentes no Brasil, como deficiências estruturais, físicas, materiais e de recursos humanos; somente 15% das maternidades da rede pública possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (PEREIRA *et al.*, 2020).

Considerando os desafios sociais do século XXI, no ano de 2000, os estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) firmaram o compromisso de estabelecer metas a fim de contribuir para o desenvolvimento global, por meio de oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com vigência de 15 anos. A OMS ressalta que, após essa decisão, houve a melhora de vários indicadores avaliados, como a redução na mortalidade materna, neonatal e infantil (WHO, 2020).

O ODM estabelecido é reduzir a RMM global para menos de 70/100.000 NV até 2030. A mortalidade materna global reduziu 38%, passou de 342 para 211 mortes/100.000 NV entre os anos de 2000 a 2017. A região africana que registra os maiores índices de MMI reduziu a RMM em 39% no mundo, passando de 827 para 525 mortes maternas/100.000 NV. O Sudeste Asiático registrou a maior redução com 57%, passando de 355 para 152 mortes/100.000 NV (WHO, 2022). No entanto, ainda há um percurso para conseguir atingir as metas propostas em todos os países do mundo.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) implementou a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes 2016-2030, com o objetivo de manter e melhorar a saúde e bem-estar de todos. A ação visa fornecer apoio aos países no diagnóstico da situação de saúde e na elaboração de políticas públicas que promovam equidade à população mais vulnerável (OPAS, 2017).

No ano de 2016, os estados-membros da ONU estabeleceram a agenda 2030 com 17 ODS. O terceiro ODS, intitulado saúde e bem-estar, objetiva o cumprimento da redução da mortalidade materna para 70/100.000 NV (ONU, 2020). O Brasil apresentava a RMM abaixo da meta, sendo, em 2015, 62/100.000 NV. Contudo, comprometeu-se a reduzir a RMM brasileira para 30 óbitos/100.000 NV até 2030 (BRASIL, 2019a).

A RMM entre os anos de 2017 e 2018 no Brasil teve uma redução 8,4% acima das metas estabelecidas pela ONU, passando de 64,5 para 59,1 óbitos/100.000 NV. A maior diminuição, de 9,1%, foi registrada na Região Norte, com RMM de 88,9 para 80,8. A Região Sul apresentou a redução mais discreta, de 0,7%, com RMM de 38,5 para 38,2. Porém, é a região mais próxima de atingir a meta estabelecida pelo ODS (BRASIL, 2020).

Aproximadamente 68% dos óbitos maternos no Brasil estão associados a fatores obstétricos diretos, como complicações decorrentes da hipertensão e de hemorragias, consideradas causas evitáveis. Isso indica desafios no desenvolvimento de estratégias organizacionais, estruturais, qualificação profissional e políticas públicas que visem reduzir a mortalidade materna no país (SILVA *et al.*, 2021).

A pandemia causada pela COVID-19 interrompeu o acesso aos serviços essenciais de saúde em 92% dos países do mundo e influenciou negativamente no alcance das metas estabelecidas pelo ODS, gerando desafios para atingir os indicadores de saúde (ONU, 2022). A seguir será abordado o contexto histórico da evolução das políticas públicas referentes à saúde materna e infantil, evidenciando as estratégias vigentes para redução da MMI.

3.2 Evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher

A saúde da mulher foi integrada às políticas nacionais de saúde no século XX, porém compreendia uma visão da mulher limitada ao papel social de mãe e cuidadora do lar, restringindo as ações ao período gestacional e ao parto (BRASIL, 2004). Na década de 1970, a população formada por mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas, crianças e adolescentes englobava aproximadamente 70% dos cidadãos brasileiros. Considerando esse contexto, durante a conferência do ano internacional da mulher, em 1975, foi criado o programa materno-infantil, com o intuito de expandir a cobertura assistencial para essas pessoas, promover a equidade e reduzir a MMI (BRASIL, 1975).

No ano de 1984, o MS instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que englobou princípios e diretrizes, como a integralidade e equidade que, posteriormente, foram incorporados ao SUS. O PAISM incluiu ações educativas, de prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças, como o câncer de colo de útero e de mama, e compreendia estratégias no planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e climatério (BRASIL, 1984).

Um dos programas estabelecidos pelo MS para garantir a atenção materno-infantil integral foi o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria nº 569/2000, que visava assegurar a todas as gestantes o acompanhamento pré-natal de qualidade, com acesso à maternidade e atenção humanizada no parto e puerpério (BRASIL, 2000).

No ano de 2004, as mulheres em idade fértil representavam 65% da população feminina do Brasil. Um segmento social considerado relevante para a elaboração de políticas

de saúde. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi organizada e articulada considerando os princípios do SUS. As ações compreendiam grupos populacionais excluídos, como as mulheres com necessidades especiais, negras, indígenas, presidiárias, entre outras (BRASIL, 2004).

Em 2006, foi constituído o pacto pela saúde, em três dimensões, quais sejam: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão do SUS. O acordo propiciou a integração entre as esferas de gestão do SUS com a definição de metas nacionais, estaduais e municipais, conforme a situação de saúde dos cidadãos; um desses objetivos inclui a redução da MMI. A descentralização e a municipalização das ações de serviços de saúde ampliaram o contato do sistema de saúde com a realidade social, política, administrativa e com as particularidades regionais do Brasil (BRASIL, 2006a).

No ano de 2011, o MS instituiu a RC com o objetivo de estruturar a atenção materno-infantil e reduzir a MMI. Dentre as ações priorizadas pelo programa está garantir o acesso ao planejamento familiar, o cuidado no período gravídico-puerperal, nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças (BRASIL, 2011). A RAMI instituída no ano de 2022 inclui, além desses cuidados, a atenção à mulher com perda gestacional (BRASIL, 2022a).

No ano de 2012, no Estado do Paraná, foi implantada a RMP, com o objetivo qualificar a assistência materno-infantil (PARANÁ, 2012). No ano de 2022 foi implementada a Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, composta por ações que norteiam a atenção pré-natal no Paraná. O pré-natal deve incluir o acolhimento precoce de gestantes, o acompanhamento na APS, a vinculação ao serviço conforme estratificação de risco gestacional, a vinculação ao hospital de referência para o parto e a capacitação permanente dos profissionais de saúde (PARANÁ, 2022).

A gestação no Paraná é estratificada risco habitual, intermediário e alto risco. No ano de 2021, foram atualizados os critérios para estratificação de risco no estado. O risco habitual abrange as gestantes que não apresentam fatores de risco ou com fatores de risco individuais, sociodemográficos e de história reprodutiva anterior, como tabagismo, sífilis, obesidade, ameaça de aborto e outros. O risco intermediário inclui as gestantes com menos de três anos de escolaridade, indígenas, quilombolas e migrantes, raça negra, entre outros. No alto risco são incluídas as gestantes com hipertensão, diabetes, gestação gemelar, entre outros. A gestante de risco intermediário ou alto risco deve ser acompanhada pela APS e pela atenção especializada mutuamente (PARANÁ, 2021c).

A Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná recomenda o início do pré-natal com até 12 semanas de gestação e a realização de, no mínimo, sete consultas de pré-natal. Também preconiza a realização de exames laboratoriais de rotina, testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite b e c, tipagem sanguínea e dois ultrassons obstétricos ao longo da gestação. Para gestações de risco intermediário e alto risco, é indicada também a realização do ultrassom morfológico conforme critério médico (PARANÁ, 2022).

A RAMI, instituída em 2022, substitui a RC, institui um novo modelo de atenção à saúde com objetivo de garantir a integralidade do cuidado e reduzir a mortalidade materna e infantil no Brasil. A RAMI estabelece ações no planejamento familiar, gravidez, nascimento e puerpério, incluindo a atenção à perda gestacional. Recomenda no mínimo de 6 consultas no pré-natal, estratificação da gestação em baixo ou alto risco, cuidado compartilhado em gestações de alto risco, utilização da caderneta da gestante, atualização do calendário vacinal, consulta odontológica, entre outros (BRASIL, 2022a).

A integralidade da atenção pré-natal é comprometida por barreiras no agendamento de consultas, devido ao horário e localização dos serviços de saúde, carência de profissionais de saúde qualificados e custos para deslocamento. Com a pandemia COVID-19, houve também redução no acompanhamento gestacional em razão do medo de contaminação com o vírus ou por estarem sintomáticas, em isolamento social, ou em tratamento para a COVID-19, resultando no adiamento dos exames e consultas pré-natais (FRYER *et al.*, 2020).

O enfermeiro é um profissional essencial no cuidado durante a gestação, atuando na prevenção, promoção e assistência à saúde da mulher. O profissional realiza a estratificação de risco com base em fatores de risco preestabelecidos e de acordo com as necessidades de cada gestante, a fim de ofertar assistência pré-natal adequada conforme o risco gestacional (ROCHA *et al.*, 2018).

As orientações realizadas durante o pré-natal pelo enfermeiro a respeito da gestação e parto contribuem para a segurança, autonomia e protagonismo da gestante. Destaca-se que a atuação do enfermeiro na APS é fundamental na transmissão de informações e promoção de boas práticas no pré-natal (JARDIM *et al.*, 2019). Além disso, salienta-se o papel do enfermeiro na abertura do pré-natal e nas consultas subsequentes, para a estratificação de risco gestacional (PARANÁ, 2022).

A seguir será apresentada a temática referente à atenção materno-infantil na vigência da pandemia ocasionada pela COVID-19.

3.3 Atenção pré-natal na vigência da pandemia da COVID-19

A COVID-19 é causada por um coronavírus denominado SARS-CoV-2. O primeiro registro de infecção viral ocorreu em dezembro de 2019, em Wuhan na China. Com disseminação rápida, o vírus se propagou rapidamente por todo o mundo, ocasionando milhares de óbitos desde o seu surgimento. O período de incubação do vírus SARS-Cov-2, causador da COVID-19, é de 2 a 14 dias, sendo que os sintomas iniciam em média em 5 dias após a infecção viral (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

As manifestações clínicas da COVID-19 incluem desde quadro assintomático a complicações graves e potencialmente fatais. O vírus geralmente acomete o trato respiratório, causando uma resposta sistêmica à infecção. O contágio pela COVID-19 é subdividido em três etapas. Na primeira, manifestam-se sintomas como febre, tosse, coriza, dor de garganta, cefaleia, diarreia, mialgia, artralgia. Na segunda, pode ocorrer comprometimento pulmonar, com baixa saturação e dispneia aos mínimos esforços. Na terceira, pode ocorrer uma resposta hiperinflamatória com necessidade de ventilação mecânica invasiva, responsável por alta taxa de mortalidade (LONG *et al.*, 2022).

Durante a gestação, alterações adaptativas fisiológicas, como a elevação do diafragma, o aumento do consumo de oxigênio e o edema da mucosa do trato respiratório, podem tornar as gestantes suscetíveis a patógenos respiratórios, como o SARS-CoV-2, em razão do seu estado imunossupressor. Diante disso, elas podem ser intolerantes à hipóxia (CHEN *et al.*, 2020).

As gestantes infectadas pela COVID-19 apresentam maior risco de desfechos maternos e neonatais desfavoráveis, como aborto espontâneo, restrição de crescimento fetal, parto prematuro e complicações maternas (BRASIL, 2021a). A hipertermia e a hipoxemia podem elevar o risco de trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de placenta e comprometer o bem-estar fetal (KNIGHT *et al.*, 2020). As alterações durante o período gravídico-puerperal também podem interferir na resposta imunológica do organismo (ELLINGTON *et al.*, 2020).

A pandemia COVID-19 no Brasil foi marcada por diversas fases. A primeira fase foi marcada pelo crescimento gradual dos casos de COVID-19 e o aumento de casos e óbitos na gestação. O aumento de óbitos no ciclo gravídico-puerperal foi atribuído a causas diretas e indiretas, devido aos obstáculos de acesso ao pré-natal gerado pela pandemia. A segunda fase ocasionada pelo afrouxamento das medidas de distanciamento gerou aumento de casos de COVID-19 no período de festas no fim de 2020. A elevação abrupta de casos causou colapso

do sistema de saúde em diversas regiões do Brasil pela falta de insumos e esgotamento dos profissionais de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

A pandemia também contribuiu para o aumento da taxa de mortalidade materna no Brasil de 57,9%, em 2019, para 74,7%, em 2020. A Região Sul apresenta a menor RMM do país, com 45,6% (BRASIL, 2022b). No entanto, a mortalidade materna no estado do Paraná aumentou 211% entre os anos de 2020 e 2021. Os óbitos maternos pela COVID-19 contribuíram para esse aumento, representando 21,2% do total de óbitos no período (PARANÁ, 2021b).

Convém salientar que o Brasil possui alta incidência de gestantes obesas e hipertensas. A hipertensão e a obesidade contribuem para a morbimortalidade materna quando associada à infecção pela COVID-19. Essas condições preexistentes elevam o processo inflamatório da COVID-19 e, conseqüentemente, o risco de gravidade e morte (PEREIRA *et al.*, 2020). Além disso, no país, a taxa de cesárea está entre as mais altas do mundo e pode aumentar o risco de morbimortalidade pós-operatória para gestantes com Covid-19 (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

A elevada taxa de mortalidade por COVID-19 no Brasil em gestantes e mulheres no período pós-parto tem outras explicações, além das já citadas. No Brasil, a assistência obstétrica é afetada por problemas crônicos que podem afetar os resultados maternos e perinatais, como atenção pré-natal de baixa qualidade, recursos insuficientes para gerenciar cuidados de emergência e críticos, disparidades raciais no acesso a serviços de maternidade, violência obstétrica e a pandemia representam barreiras adicionais para o acesso aos cuidados de saúde (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

O atendimento a gestantes deve ser continuado durante a pandemia e realizado de forma segura, a fim de evitar a transmissão viral. A prevenção à COVID-19 inclui medidas de distanciamento social, isolamento de casos suspeitos e infectados pelo vírus, uso de máscara, intensificação da limpeza dos ambientes e higienização das mãos com álcool 70%. Ressalta-se que as consultas de pré-natal e puerpério não devem ser adiadas ou espaçadas, tendo em vista que o contato com o profissional de saúde propicia as orientações sobre o autocuidado da gestante (PARANÁ, 2020).

O Brasil iniciou, em janeiro de 2021, a imunização contra a COVID-19 dos grupos prioritários, como idosos e profissionais da saúde. A vacinação contribuiu na redução de casos graves e óbitos pela COVID-19, sendo posteriormente ampliada gradualmente aos demais grupos populacionais. A imunização de gestantes, puérperas e lactentes contra a COVID-19 passou a ser indicada a partir de abril de 2021 (BRASIL, 2021b).

Com o avanço da imunização, os casos de COVID-19 reduziram drasticamente, reduzindo também as taxas de ocupação de leitos de UTI. Em dezembro de 2021, com relaxamento das medidas de restrição de mobilidade, houve novo aumento de transmissões, porém, com sintomas leves (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

3.4 Faixa de fronteira e ações de integração do Mercosul

A faixa de fronteira é definida como a extensão de 150 km a partir dos limites definidos com outros países (BRASIL, 1979). O Brasil abrange 15.719 km de fronteira terrestre, correspondendo a 27% da área territorial brasileira, com aproximadamente dez milhões de habitantes, e faz divisa com dez países da América do Sul. A faixa de fronteira do Brasil abrange 588 municípios em 11 federações, sendo elas: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina (BRASIL, 2017a).

Considerando a vasta extensão territorial e a diversidade de cada região brasileira, para facilitar a compreensão de cada localidade, a faixa de fronteira foi classificada em três arcos, sendo divididos em Norte, Central e Sul e em 17 sub-regiões. O Arco Norte inclui os estados do Amapá, do Pará, de Roraima, do Amazonas e Acre e possui o predomínio de povos indígenas e pardos. O Arco Central abrange os estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e engloba populações brancas, pardas e negras (BRASIL, 2017a).

O Arco Sul compreende a Região Sul do Brasil, incluindo os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Contém, em sua maioria, populações brancas de origem europeia e é influenciado pela sua cultura e aspectos socioeconômicos (BRASIL, 2017a). Devido às atividades de integração promovidas pelo Mercosul, é a faixa mais impactada pela dinâmica transfronteiriça. É subdividida em três principais sub-regiões, sendo o Portal do Paraná, o Noroeste Paranaense e os Vales Coloniais Sulinos, que compreendem a Região de Foz do Iguaçu (BRASIL, 2009).

No ano de 2014, considerando a necessidade de instituir políticas públicas específicas na região de fronteira, o Brasil instituiu uma portaria que estabelece a definição de cidades-gêmeas, como os municípios em linha de fronteira que demonstrem potencial de integração cultural e economicamente com uma cidade do país vizinho, com resultados diretos no desenvolvimento local e regional (BRASIL, 2014).

O estado do Paraná compreende uma faixa de fronteira constituída por 139 municípios, dos quais 18 cidades estão na linha de fronteira, e abrange três cidades-gêmeas: Foz do

Iguaçu, que faz fronteira com Ciudad del Este, no Paraguai, e Puerto Iguazu, na Argentina; Guáira, que faz divisa com Mundo Novo, no Mato Grosso do Sul, e Salto Del Guairá, no Paraguai; Barracão, que faz limite com Dionísio Cerqueira, em Santa Catarina, e Bernardo de Irigoyen, na Argentina (BRASIL, 2017a).

Estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2015 identificou 27 arranjos na faixa de fronteira brasileira, sendo que 16 desses se localizam na Região Sul do país. O arranjo mais numeroso é o de Foz do Iguaçu, no Brasil, e Ciudad del Este, no Paraguai, que abrange uma população de 674.669 pessoas, sendo 59% constituído por estrangeiros (IBGE, 2015).

Os municípios localizados na faixa de fronteira são fundamentais para a integração internacional. A principal dificuldade é a formulação de estratégias institucionais que sejam estáveis e contínuas, como projetos de cooperação econômica, técnica e de serviços, visando à integração e ao desenvolvimento das regiões de fronteira; cada país possui uma forma singular de organização dos sistemas de saúde (BRASIL, 2017b).

O Brasil tem como princípio o acesso universal à saúde, diferentemente do país vizinho, Paraguai, em que não há nenhuma garantia de atendimento subsidiado pelo estado. Esse fator contribui na migração dos residentes no Paraguai para utilizar os serviços de saúde no Brasil, em especial no município de Foz do Iguaçu, impactando na rede pública de saúde local. Segundo levantamento, no ano de 2020, aproximadamente 703.507 brasileiros e paraguaios residem no Departamento de Alto Paraná, situado na faixa de fronteira do Brasil com o Paraguai (FOZ DO IGUAÇU, 2020).

O serviço de saúde de Foz do Iguaçu atende rotineiramente a demanda de brasileiros e paraguaios que residem no Paraguai, principalmente gestantes, que buscam espontaneamente o serviço de saúde brasileiro para atendimento. Com a emergência da COVID-19, o governo brasileiro, visando reduzir a transmissão viral no país, determinou o fechamento das fronteiras. A Ponte Internacional da Amizade, localizada na divisa do Brasil e Paraguai, foi fechada, por meio de decreto, em março de 2020, com restrição temporária da circulação de pessoas na fronteira, sendo reaberta somente em outubro do mesmo ano (FOZ DO IGUAÇU, 2020). A seguir será realizada a contextualização da faixa de fronteira com as estratégias de integração do Mercosul.

O Mercado Comum do Sul (Mercosul) foi instituído em 1991, por meio do Tratado de Assunção. Teve como objetivo estabelecer a livre circulação de bens e serviços entre esses países, por meio da coordenação de políticas macroeconômicas visando aos objetivos comuns

entre os países. O acordo foi inicialmente constituído pela integração entre Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e atualmente abrange vários países associados (MERCOSUL, 1991).

O Conselho do Mercosul elaborou um Plano de Ação para configuração de um Estatuto da Cidadania dos países do Mercosul. A Resolução visava estabelecer, a partir de um cronograma de até 10 anos, a implantação gradual da livre circulação de pessoas, da isonomia dos direitos civis, sociais, culturais e econômicos e da igualdade de acesso ao trabalho, saúde e à educação para a população residente nos países que compõem o grupo (MERCOSUL, 2010).

O Tratado afirma que os países deveriam adequar suas legislações, a fim de fortalecer o processo de integração internacional (MERCOSUL, 1991). No entanto, esse processo não ocorreu em todas as áreas. Os sistemas de saúde instituídos pelos países que constituem o Mercosul dificultam a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na fronteira. As políticas adotadas por esses países diferem do sistema brasileiro no que concerne a estrutura, repasse financeiro, recursos humanos e tecnológicos (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

O Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), instituído em 2005, buscou viabilizar o desenvolvimento da faixa de fronteira, destacando os potenciais locais e vinculando as ações a outros países da América do Sul. Possibilita, assim, articular projetos que compreendem o desenvolvimento comum dos países. Em conjunto com os gestores regionais, torna-se responsável pelas demandas e ações nas faixas de fronteira (BRASIL, 2009).

A reestruturação do PDFF viabilizou a formulação de políticas públicas direcionadas ao desenvolvimento das áreas de fronteira. O plano de desenvolvimento estabelecido para o Paraná abrange ações na área da saúde, como a instalação de um hospital internacional da fronteira nos municípios de Foz do Iguaçu e Barracão; a implantação do programa saúde sem fronteiras e do consórcio internacional intermunicipal para a atenção à saúde na faixa de fronteira; a realização de um cadastro unificado de saúde e o fortalecimento da rede de saúde pública na região de fronteira (BRASIL, 2017b).

O Decreto nº 9.961/2019 instituiu a Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira, revogando o decreto anterior de 08 de setembro de 2010. Entre as atribuições da comissão está a coordenação de ações que contemplem o desenvolvimento de ações na faixa de fronteira, incentivo à integração das políticas públicas para viabilizar a complementaridade das ações; proposta de programas e sistema de

informações para a gestão das ações para integração fronteiriça e sul-americana; formulação de planos de desenvolvimento e integração nas regiões fronteiriças (BRASIL, 2019b).

Uma das dificuldades documentadas nas regiões de fronteira é o reconhecimento da real utilização da população flutuante nos serviços de saúde brasileiros. Esse desafio impacta no planejamento e execução de políticas de saúde para assistência ao cidadão residente nas fronteiras (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015). De acordo com o Descritor em Ciências da Saúde (DeSC), a população flutuante é definida como “o conjunto de indivíduos presentes no Território na data de referência, por um período de curta duração, por motivos recreativos, de turismo, visita a familiares ou de negócios” (BIREME, 2022).

Os repasses dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS eram baseados na população descrita no IBGE com residência fixa. Um novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS foi instituído pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O chamado Programa Previne Brasil entrou em vigência no ano de 2020 e prevê o financiamento com base na capitação ponderada, no pagamento por desempenho; e incentivo para ações estratégicas. O cálculo deve ser baseado no quantitativo da população cadastrada por Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipe da APS, com atribuição de peso por pessoa, considerando a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico e a classificação geográfica (BRASIL, 2019c).

Os valores repassados eram destinados ao investimento em seis blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimento. No ano de 2018, a forma de repasse financeiro foi alterada e passou a ser unificada em apenas dois blocos, sendo um de custeio e outro de investimento (BRASIL, 2017c). Essa flexibilização assegura o melhor uso dos recursos públicos, com menos burocratização, e priorizam o planejamento local das ações em saúde.

Os recursos financeiros escassos são um dos principais desafios para estabelecer acordos bilaterais para o atendimento de estrangeiros. Tanto o Brasil quanto os países com os quais faz fronteira não dispõem de programas ou políticas de saúde pública que considerem especificamente as necessidades das regiões fronteiriças (HORTELAN *et al.*, 2019). A seguir serão apresentadas as questões referentes ao processo migratório entre o Brasil e o Paraguai.

3.5 Movimento migratório entre Brasil e Paraguai

As regiões fronteiriças mantêm um fluxo intenso de pessoas que se deslocam entre os países. Muitos indivíduos, em movimento de migração pendular, transitam para estudo, trabalho ou acesso à saúde no país vizinho e retornam ao país de origem (FABRIZ, 2019).

As políticas estabelecidas em uma cidade fronteiriça podem impactar nos indicadores da cidade vizinha. Desse modo, para que a solução de um problema seja encontrada, torna-se necessário analisar os fluxos das cidades localizadas na região da fronteira. Destaca-se, porém, a dificuldade em compatibilizar e integrar os dados de países vizinhos, pois cada país possui uma forma singular de organização das redes e sistemas de saúde (BRASIL, 2017b).

O número de imigrantes, especificamente mulheres, vem crescendo no mundo todo nos últimos anos, sendo necessária uma maior atenção a esse grupo, que apresenta características biológicas, psicossociais e culturais próprias. Gestantes estrangeiras podem enfrentar desafios como a barreira linguística, discriminação e irregularidade documental, o que pode acarretar o início tardio do acompanhamento pré-natal e número menor de consultas quando comparado às gestantes brasileiras (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018).

O estado do Paraná possui um intenso fluxo de pessoas que se deslocam na região transfronteiriça, sendo considerado o estado com uma das fronteiras terrestres com maior mobilidade do país e conseqüente influência na ocorrência de agravos de fronteira (BRASIL, 2017a). Os municípios da faixa de fronteira apresentam características semelhantes, como o atendimento de pessoas não residentes no país, carência de recursos para suprir os gastos com estrangeiros e ausência de número adequado de profissionais na assistência relacionado à ampliação da demanda de usuários de outros países (HORTELAN *et al.*, 2019).

A emigração de brasileiros para o Paraguai teve um fluxo mais intenso nos anos entre 1970 e 1990, quando foi ampliada pelos agricultores das Regiões Oeste e Sudoeste do Paraná, que tiveram terras desapropriadas para construção de usinas hidrelétricas, especialmente a Itaipu Binacional. De acordo com informações do ministério das relações exteriores, nesse período, o Paraguai representou o segundo destino de emigrantes brasileiros, com 26,4% das emigrações, atrás apenas dos EUA, com 43,8% dos emigrantes (FOZ DO IGUAÇU, 2010).

No ano de 2014, a estimativa de brasileiros residentes no Paraguai era de 349.842 e, na Argentina, por volta de 47.045 pessoas. A maior parte composta por brasileiros que residiam na Região Sul do Brasil e migraram para o país vizinho em busca de melhores condições para viver e que residem na área rural e trabalham no setor agrícola (LIMA; TOSO, 2019).

A migração entre o Brasil e o Paraguai é a que mais tem vínculos permanentes com a sua origem. Brasileiros mantêm seus vínculos afetivos e familiares, especialmente com os municípios do Oeste Paranaense, no Brasil. Os brasileiros que residem no Paraguai buscam, de forma rotineira, o SUS brasileiro. Geralmente procuram atendimento devido a agravos de saúde, com quadro sintomático ou em situações traumáticas (FOZ DO IGUAÇU, 2010).

Convém salientar que, ao indivíduo que reside no Paraguai e que tem nacionalidade brasileira ou é nascido no Paraguai e tem descendência direta (filhos e netos de brasileiros), é designada a expressão “brasiguai” e estes possuem direito à saúde no Brasil (FABRINI, 2019; COLOGNESE, 2012). Além disso, alguns cidadãos estrangeiros consideram a saúde do Brasil de qualidade superior à ofertada nos países de origem, buscando também os serviços de saúde do Brasil mesmo não tendo direito a esse atendimento (HORTELAN *et al.*, 2019).

Isso justifica a busca de estrangeiros, provenientes do Paraguai e Argentina, por atendimentos nos serviços de saúde brasileiros, particularmente em razão da gratuidade do sistema brasileiro e da universalidade do acesso. Condições de acesso não identificadas nos países de origem desses, que não reconhecem o direito à saúde como um dever do Estado (HIGASHI, 2019). Ressalta-se ainda que o Brasil é o único país que oferece o acesso gratuito ao serviço de saúde no Mercosul (FABRIZ, 2019).

No ano de 1988, no Brasil, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), que assegura os direitos sociais e individuais dos cidadãos brasileiros. Um dos objetivos do documento era promover o bem-estar de todos, sem preconceitos e discriminação relacionados ao sexo, idade, raça e origem dos indivíduos. Para garantir as determinações previstas na constituição, foi fundado o SUS (BRASIL, 1988).

A CRFB determina que o acesso à saúde é um direito de todos os brasileiros e é responsabilidade do Estado prover condições que assegurem a assistência nos serviços de saúde de modo igualitário e universal. Considera também que o Governo deve ofertar serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em todos os níveis de assistência, principalmente na APS (BRASIL, 1988).

O SUS foi constituído como uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado seguindo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade nas decisões referentes ao sistema de saúde. A descentralização visa à compartimentação das ações e responsabilidades referentes às estratégias de saúde entre o governo, os estados e os municípios. O atendimento integral refere-se à assistência do indivíduo plenamente, considerando todas as dimensões de saúde e a participação da

comunidade é assegurada por meio de consultas públicas nas decisões previstas pelos órgãos competentes (BRASIL, 1988).

No ano de 1990, foi instituída a Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as normas de funcionamento dos serviços de saúde que integram o SUS. A lei delibera que os serviços devem atuar seguindo os princípios do SUS, que inclui a universalidade do acesso em todos os níveis de atenção à saúde, a integralidade da assistência e a igualdade de acesso sem preconceitos ou privilégios (BRASIL, 1990).

O acesso aos serviços do SUS aos estrangeiros se dá após a emissão da certidão e documentos pessoais no consulado-geral do Brasil. Trata-se de um processo burocrático e demorado e que, muitas vezes, resulta no acesso tardio aos serviços de saúde brasileiros por essa população (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

O uso do Cartão Nacional de Saúde (CNS) foi estabelecido pelo MS como uma ferramenta de identificação e de informação sobre o atendimento dos usuários do SUS. A portaria determina o direito ao CNS a todos os brasileiros, natos ou naturalizados, bem como aos estrangeiros com residência fixa no país. Assegura ainda o direito ao atendimento de brasileiros ou estrangeiros nos serviços de saúde, mesmo que não possuam o CNS e, em caso de recusa, o profissional ou serviço pode responder judicialmente pelo crime de omissão de socorro (BRASIL, 2002).

Para a confecção do CNS, os brasileiros com residência no Paraguai precisam ir até o Consulado do Brasil, localizado em Ciudad del Este, e apresentar a carteira de Identidade ou Registro Geral (RG) ou certidão consular de nascimento, o Cadastro de Pessoa Física (CPF) e o comprovante de residência. No atendimento na rede de saúde brasileira, é necessário apresentar o CNS emitido pelo consulado, o CPF e um documento de identificação com foto (FOZ DO IGUAÇU, 2015).

A lei da migração prevê o acesso igualitário aos serviços, a inclusão social do migrante por meio de políticas públicas. O imigrante deve possuir registro de identificação civil obrigatório. O visto temporário é um dos documentos exigidos ao estrangeiro e residente fronteiro que tem como objetivo o estudo, trabalho ou tratamento de saúde (BRASIL, 2017d).

O município de Foz do Iguaçu estabelece que todo brasileiro e estrangeiro residente no Brasil tem assegurado o direito à saúde em atendimento de urgência e emergência e eletivo. No entanto, os estrangeiros que não residem no país são restritos apenas ao direito à saúde em casos de urgência e emergência (FOZ DO IGUAÇU, 2015).

A CRFB considera como cidadão brasileiro os nascidos no território nacional ou nascidas em outros países com descendência de pai ou mãe brasileira, sendo necessário o registro em serviço brasileiro competente. Para definir a nacionalidade, adotam-se dois critérios: o *jus solis*, que compreende o local de nascimento, portanto, inclui todos os nascidos no território brasileiro, mesmo que descendente de pais estrangeiros, e o *jus sanguinis*, que considera o vínculo consanguíneo e a nacionalidade brasileira dos pais (BRASIL, 1988).

A naturalização brasileira ordinária pode ser concedida àquele que possuir filho ou cônjuge brasileiro. O residente fronteiriço pode solicitar a autorização para atos da vida civil, visando facilitar a livre circulação entre países. Estabelece também que pode haver taxas para a legalização e emissão de documentos, sendo que, mediante declaração de hipossuficiência econômica, podem ser isentos das taxas conforme regulamento (BRASIL, 2017d).

Os serviços de saúde brasileiros não podem recusar atendimento aos estrangeiros em situações de urgência, como é o caso do parto. Em vista disso, algumas gestantes estrangeiras optam por migrar para o Brasil para realizar o parto em território brasileiro, pois, assim, o seu filho terá nacionalidade brasileira e poderá utilizar os serviços nacionais sem restrições (BERRES, 2020).

Ressalta-se que todas as gestantes atendidas nos serviços brasileiros devem ter assegurado o atendimento conforme protocolo de pré-natal estadual e estratégias do sistema de pré-natal do MS em âmbito nacional (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015). No entanto, o fluxo migratório para utilizar as redes de saúde do país pode ocasionar uma sobrecarga nos serviços de saúde da região de fronteira (HORTELAN *et al.*, 2019).

Considerando a elevação da demanda de atendimento nos municípios fronteiriços, o MS instituiu no ano de 2005 o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) (BRASIL, 2005). O Programa foi criado visando integrar ações e serviços, assim como organizar e fortalecer os sistemas locais no âmbito da saúde nas regiões fronteiriças (BRASIL, 2006b).

A estratégia compreendia o desenvolvimento de ações em três fases, sendo coordenadas em cada município de acordo com as características loco-regionais. A primeira fase contemplava a efetuação de um diagnóstico de saúde local, por meio do método qualitativo e quantitativo e a concepção de um plano operacional. A segunda fase abrangia a qualificação da gestão e dos serviços de saúde para a instalação de uma rede de saúde nos municípios de fronteira. A terceira visava ao estabelecimento de ações e serviços de saúde nos municípios abrangidos pela faixa de fronteira (BRASIL, 2006b).

Após o diagnóstico local realizado pelo programa SIS Fronteiras, Foz do Iguaçu foi o primeiro município do Brasil a ter aprovação do projeto para a execução de ações voltadas à equidade da atenção à saúde na faixa de fronteira (FOZ DO IGUAÇU, 2010). Uma das questões identificadas pelo programa foi o acesso tardio ao serviço de saúde do SUS pelas gestantes brasiguaias, o que dificulta a realização de uma assistência adequada. Muitas mulheres não possuíam o acompanhamento pré-natal e os exames essenciais que deveriam ter sido realizados na gestação (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Os repasses financeiros por meio da terceira fase do programa contribuíram para a construção da Unidade Básica de Saúde Jardim América, ampliação da Unidade Básica de Saúde Vila Yolanda, para o investimento em cursos de aperfeiçoamento da gestão e para o custeio parcial do Centro Materno Infantil (CMI). O CMI foi criado utilizando recursos financeiros do SIS Fronteiras e da Itaipu Binacional, visando garantir o atendimento pré-natal para as gestantes brasileiras que residem na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, como uma forma de assegurar o direito à saúde para essa população (FOZ DO IGUAÇU, 2010).

Ressalta-se que o CMI foi o primeiro serviço no território brasileiro criado para atendimento de gestantes brasileiras residentes no exterior. No entanto, o SIS Fronteiras subsidiou somente a implantação do serviço, sendo que os recursos financeiros para a manutenção estrutural e do quadro funcional é responsabilidade do município de Foz do Iguaçu, que encontra dificuldades no custeio do serviço (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015; FERREIRA, 2017).

Ainda que exista uma unidade de referência para atendimento de gestantes brasileiras residentes no Paraguai, as gestantes buscam outras unidades também para realizar o pré-natal. Ressalta-se que, além dessas mulheres, as gestantes de nacionalidade paraguaia e argentina também acessam os serviços de saúde brasileiros, a fim de garantir o atendimento pré-natal gratuito e de qualidade por meio do SUS (ZILLY; SILVA, 2022).

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa é um tipo de abordagem utilizada para descrever, compreender fenômenos, interpretar experiências e comportamentos em diferentes contextos sociais. As informações obtidas por meio desse tipo de estudo permitem a ampliação dos conhecimentos acerca da temática investigada por meio de questões previamente formuladas, visando compreender as representações e a reflexão pessoal de cada participante, tendo em vista que o mesmo fenômeno pode ser vivenciado de forma diferente por diferentes pessoas (TAQUETE, 2016).

O estudo exploratório permite familiaridade com o objeto de estudo, ampliando o conhecimento do pesquisador sobre a temática, a fim de compreender as causas e consequências de determinado fenômeno. E o estudo descritivo permite, neste projeto, descrever, categorizar e interpretar os fatos identificados (FERNANDES *et al.*, 2018).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Foz do Iguaçu, localizado no estado do Paraná, em uma região de tríplice fronteira, que faz divisa entre o Brasil, o Paraguai e a Argentina, e têm aproximadamente 260 mil habitantes. A região do estudo é considerada vulnerável por se situar em uma tríplice fronteira aberta, com fluxo intenso de pessoas entre os países. Nesta região, os serviços de saúde atendem a uma demanda maior do que a prevista pelo sistema de saúde e compreende uma população flutuante de aproximadamente de 700.000 mil pessoas (IBGE, 2010).

A atenção à saúde em Foz do Iguaçu, que inclui a atenção pré-natal, está dividida em cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Nordeste) com capacidades distintas de atendimento, considerando as especificidades de cada área. O município possui 29 unidades básicas de saúde (UBS), 01 unidade de saúde 24 horas e 70 equipes de saúde da família (FOZ DO IGUAÇU, 2022).

A pesquisa foi realizada nas unidades de saúde Jardim América, Vila Iolanda, Jardim Jupira e Centro Materno Infantil. A UBS Jardim América, Vila Iolanda e o CMI foram definidos no ano de 2011 pelo município de Foz do Iguaçu como referência para o atendimento de brasileiros residentes no Paraguai, sendo o CMI exclusivo para a assistência a

gestantes. A partir desses serviços, os usuários podem acessar os serviços de média e alta complexidade no sistema de saúde brasileiro (FOZ DO IGUAÇU, 2011).

Acrescenta-se que a UBS do Jardim Jupira é o serviço de referência para a população que reside próximo à Ponte da Amizade, na divisa entre o Brasil e o Paraguai. Devido à proximidade com o país vizinho, a unidade recebe considerável quantidade de brasileiros residentes no Paraguai (PARANÁ, 2017).

Foz do Iguaçu é referência para as gestantes de Foz do Iguaçu e Santa Terezinha de Itaipu e referência de alto risco para os municípios da 9ª regional de saúde, sendo eles, Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. As gestantes brasileiras residentes no Paraguai atendidas no CMI também são referenciadas no momento do parto ao Hospital Ministro Costa Cavalcante (HMCC) em Foz do Iguaçu (PARANÁ, 2022). O HMCC é uma instituição filantrópica, credenciado ao SUS para atendimento; é o único serviço na região que possui leitos de unidade de terapia intensiva neonatal (SOUZA, 2017).

4.3 Participantes do estudo

O estudo abrangeu 27 participantes, sendo 17 mulheres (gestantes e puérperas) e 10 profissionais de saúde, entre enfermeiros e médicos, que realizaram atendimento pré-natal no município de Foz do Iguaçu na vigência da pandemia COVID-19.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Foram critérios de inclusão: mulheres brasileiras (gestantes ou puérperas), residentes no Brasil ou Paraguai, realizar pré-natal na APS de Foz do Iguaçu, nas unidades de saúde Jardim América, Vila Iolanda, Jardim Jupira e CMI, na vigência da pandemia da COVID-19; ser profissional de saúde (médico e enfermeiro) atuante nestas unidades, realizar consulta de pré-natal durante a vigência da pandemia da COVID-19.

Foram critérios de exclusão: ter a mulher menos de 18 anos; ter idade gestacional menor de 27 semanas; estar o profissional de saúde de férias, atestado ou afastado do serviço no período da pesquisa; ter tempo de atendimento a gestantes inferior a 6 meses, considerando-se que pouco tempo de atuação poderia comprometer a compreensão da atenção pré-natal na vigência da pandemia da Covid-19.

Foi obtido o contato de 78 mulheres por meio de indicação dos enfermeiros das unidades de saúde. Destas, com 41 não foi possível realizar o contato, pois não atenderam a

ligação em mais de duas tentativas de contato, ou o número estava incorreto. Uma não compreendia a língua portuguesa, sete se recusaram a participar da pesquisa, 12 solicitaram que retornasse à ligação posteriormente, porém não atenderam a ligação em outros momentos e 17 mulheres participaram da entrevista. Foi realizado contato com 11 profissionais da saúde, entre médicos e enfermeiros, sendo excluído um por tempo de assistência à gestante inferior a seis meses. Portanto, o estudo envolveu 27 participantes, sendo 17 mulheres e dez profissionais de saúde.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2021 e janeiro de 2022. Foi realizada pela mestranda, graduada em enfermagem, orientada pelas pesquisadoras (orientadora e coorientadora) responsáveis, que possuem expertise em pesquisa qualitativa.

Antes de iniciar a coleta de dados, a mestranda realizou visita ao CMI juntamente com a coorientadora para observar as demandas existentes, sendo necessário expandir a pesquisa para mais três unidades de saúde de referência para atendimento a estrangeiros. Foi realizado contato e diálogo com a coordenação dos serviços para se identificar as melhores estratégias de coleta de dados em razão das condições epidemiológicas da pandemia da COVID-19.

A coleta de dados foi iniciada apenas com inclusão de gestantes e profissionais. No entanto, devido à dificuldade de contato com as gestantes, foi preciso incluir puérperas no estudo a fim de atingir a saturação teórica dos dados. As mulheres foram selecionadas por conveniência a partir dos registros fornecidos pelas unidades de saúde, após contato prévio com os gestores das unidades e anuência deles para contato com as participantes.

As unidades de saúde Jardim América e Vila Iolanda foram selecionadas de modo intencional por serem unidades de referência no município para atendimento de estrangeiros. O CMI é referência para atendimentos de gestantes brasileiras residentes no Paraguai. E o Jardim Jupira atende muitas gestantes residentes no Paraguai pela localização da unidade.

Para a coleta de dados com as mulheres foi utilizado instrumento para entrevista e caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres (Apêndice 1), que inclui informações como: idade, raça/cor, escolaridade, situação civil, ocupação, renda familiar, município de residência, paridade, início do pré-natal, número de consultas, número de semanas de gestação no momento da entrevista e dados com relação à vacinação COVID-19. As entrevistas com as mulheres iniciaram com a seguinte questão norteadora: Descreva o caminho percorrido para iniciar o pré-natal.

Para a coleta com os profissionais, foi utilizado instrumento para entrevista e caracterização sociodemográfica dos profissionais da saúde (Apêndice 2), que incluiu dados como: idade, raça/cor, ocupação, município de residência, tempo de atuação na unidade de saúde, tempo de atuação na profissão e dados com relação à vacinação COVID-19. As entrevistas com os profissionais iniciaram com a seguinte questão norteadora: Como estão ocorrendo os atendimentos às gestantes na vigência da pandemia COVID-19?

Os participantes foram convidados a participar do estudo por meio de contato telefônico ou presencial e deveriam concordar em participar da pesquisa por meio do consentimento verbal ou escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestantes (Apêndice 3) e para profissionais (Apêndice 4).

O registro das falas foi realizado por meio de gravação de voz, com aparelho de áudio digital e posterior transcrição dos dados na íntegra. Ao final das transcrições das entrevistas, foi oferecido aos participantes a possibilidade de verificar o conteúdo para darem sua anuência.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, com garantia de privacidade. Foram realizadas 11 entrevistas por ligação telefônica, 15 presencialmente nas unidades de saúde e 01 entrevista mista, de forma presencial e remota. As entrevistas tiveram duração média de 23 minutos. A coleta de dados iniciou com a inclusão dos participantes por meio de uma entrevista piloto para adequação do instrumento de coleta de dados das mulheres e dos profissionais.

4.6 Análise de dados

A pesquisa qualitativa expressa a vivência dos participantes da pesquisa, considerando os fenômenos socioculturais por meio de crenças, valores, opiniões, formas de relação, costumes, comportamentos e práticas (MINAYO, 2017). A análise qualitativa não busca a quantificação dos resultados e, sim, a análise das experiências, comportamento, fenômenos culturais e movimentos sociais. Portanto, a fala de cada indivíduo deve ser valorizada, porém não de forma absoluta, já que o sujeito expressa sua personalidade, desejo e a realidade em que vive, considerando suas experiências prévias (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A partir da leitura inicial, deve-se ir marcando as ideias que observa e descartando as ideias que não abrangem o fenômeno em estudo. Na categorização, são destacados os temas mais relevantes e organizando em categorias temáticas de acordo com os objetivos da

pesquisa por meio do recorte das falas, em que as ideias são agrupadas conforme os elementos e expressões trazidas pelos participantes da pesquisa (TAQUETE, 2016).

Foi utilizada, como referencial teórico para a interpretação das falas, a análise temática de conteúdo proposta por Minayo. A pesquisa qualitativa divide-se em três etapas, sendo elas, a descrição, análise e interpretações dos dados. A descrição envolve a transcrição dos dados na íntegra, conforme a fala dos participantes. Na análise, procura-se a relação entre os dados e as partes componentes, expandido à transcrição das informações. A interpretação visa compreender o sentido das falas para além do que está implícito no texto (MINAYO, 2015).

A pré-análise foi realizada por meio de leitura superficial, com formulação de hipóteses e pressupostos iniciais, respeitando alguns critérios de validade qualitativa, como a exaustividade (esgotamento do texto), homogeneidade (separação dos temas), exclusividade (um mesmo elemento pode compor apenas uma categoria), objetividade e pertinência dos dados (considerando objetivo do estudo). A exploração do conteúdo ocorreu para compreender os registros e realizar uma pré-organização do material conforme os temas (MINAYO, 2015).

Na exploração dos dados, foi realizada uma leitura exaustiva e repetitiva para compreender as estruturas de relevância e alcançar os núcleos de conteúdo para compor as categorias temáticas. A categorização compreende o processo de redução do texto a expressões e frases significativas. Posteriormente, é realizada a classificação e agregação dos dados conforme as categorias estruturadas. Após essa etapa, são realizadas inferências e interpretações a respeito das informações coletadas (MINAYO, 2015).

A amostra qualitativa adequada é aquela que reflete a qualidade e intensidade nas múltiplas dimensões do fenômeno em estudo (MINAYO, 2017). Portanto, não foi definida previamente a amostragem da pesquisa. A coleta de dados foi encerrada quando atingiu a saturação teórica, ou seja, quando os dados após análise apresentarem consistência, qualidade e densidade. A saturação define o momento em que novos dados não forneceriam mais esclarecimento e não alteraria a compreensão do fenômeno em estudo, tornando assim um conjunto de dados válido (MINAYO, 2017).

O critério mais comum utilizado para definir o ponto de saturação refere-se à utilização de entrevistas com instrumentos semiestruturado, com respostas abertas, na qual o pesquisador descreve as falas dos participantes e anota as repetições. Quando não se identifica novos elementos nas falas, as entrevistas são encerradas, considerando a saturação dos dados (MINAYO, 2017).

4.7 Aspectos éticos em pesquisas com seres humanos

A dissertação faz parte de um projeto multicêntrico, intitulado “Enfrentamento da COVID-19 e a assistência materno-infantil”, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o parecer nº 4.730.796 e CAAE nº 39060120.1.0000.0107 (Anexo I).

Mediante aprovação ética do estudo e anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu (Anexo II), foi iniciada a coleta de dados. Foram respeitados os preceitos éticos em todas as etapas do estudo, de acordo com a Resolução Nº 466/2012, que aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e prevê a confidencialidade, a privacidade e o respeito aos valores culturais dos participantes.

Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados de forma presencial ou de forma remota por ligação telefônica. A coleta de dados foi realizada após apresentação da pesquisa e consentimento verbal audiogravado ou assinatura do TCLE. Os participantes foram informados sobre o direito de interromper a entrevista a qualquer momento que julgassem oportuno. Para garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com a letra M para mulheres, Me para médico, E para enfermeiro, seguido da numeração cardinal de acordo com a ordem da entrevista (M1, M2, M3...).

Foram respeitadas as normas da resolução nº 510/2016, que regulamenta as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais com coleta de dados diretamente obtidos com os participantes. O pesquisador buscou o momento, condição e local mais adequado para que os esclarecimentos sobre a pesquisa fossem efetuados, considerando os seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua cultura. Portanto, as entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade dos participantes e da pesquisadora, visando à realização em um momento oportuno, em ambiente calmo e sem interferências externas, garantindo o sigilo.

Da mesma forma, foram acatadas as resoluções Nº 580/2018 e CNS nº 466/2012, respeitando as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS, garantindo que o atendimento às usuárias não fosse prejudicado, tampouco as atividades funcionais dos profissionais fossem interrompidas. As entrevistas com os profissionais de saúde foram agendadas antes, no intervalo ou após o expediente funcional, visando não interferir no atendimento prestado aos usuários do serviço.

5 RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica das mulheres está demonstrada no quadro 1. Constatou-se que as participantes eram adultas jovens, com idade entre 20 a 34 anos, de raça parda, tinham ensino fundamental incompleto, eram donas de casa, com renda familiar de 2 a 3 salários-mínimos e eram residentes no Brasil.

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres que realizaram o pré-natal no período da pandemia da COVID-19 em Foz do Iguaçu, PR, Brasil. (2021-2022) n=17.

Código	Idade	Raça	Escol.	Nacion.	Resid.	Ocup.	Renda
M1	21 a	Parda	EMC	Brasileira	Foz do Iguaçu	Desempregada	0 a 1
M2	33 a	Parda	ESI	Paraguaia	Foz do Iguaçu	Dona de casa	0 a 1
M3	40 a	Parda	EFI	Brasileira	Paraguai	Doméstica	2 a 3
M4	42 a	Parda	EFI	Paraguaia	Foz do Iguaçu	Camareira	0 a 1
M5	39 a	Parda	EFI	Brasileira	Paraguai	Aux. de fronteira	0 a 1
M6	26 a	Parda	EMC	Brasileira	Foz do Iguaçu	Aux. de limpeza	2 a 3
M7	20 a	Parda	EMI	Brasileira	Foz do Iguaçu	Desempregada	0 a 1
M8	23 a	Parda	EMC	Brasileira	Foz do Iguaçu	Dona de casa	2 a 3
M9	28 a	Parda	EMI	Brasileira	Foz do Iguaçu	Dona de casa	2 a 3
M10	24 a	Branca	EMC	Brasileira	Foz do Iguaçu	Promotora de frios	2 a 3
M11	28 a	Preta	EFI	Brasileira	Foz do Iguaçu	Ignorado	0 a 1
M12	18 a	Preta	EMI	Brasileira	Foz do Iguaçu	Desempregada	0 a 1
M13	18 a	Parda	EFI	Brasileira	Foz do Iguaçu	Dona de casa	2 a 3
M14	37 a	Branca	ESI	Brasileira	Foz do Iguaçu	Dona de casa	2 a 3
M15	30 a	Branca	ESC	Brasileira	Foz do Iguaçu	Estudante	2 a 3
M16	31 a	Branca	ESC	Brasileira	Foz do Iguaçu	Ass. administrativo	2 a 3
M17	35 a	Branca	ESC	Brasileira	Paraguai	Professora	4 a 5

Fonte: A autora (2022).

*Legenda: M (Mulher), A. (Anos), Escol. (escolaridade), EFC (Ensino Fundamental Completo), EFI (Ensino Fundamental Incompleto), EMC (Ensino Médio Completo), EMI (Ensino Médio Incompleto), ESI (Ensino Superior Incompleto), ESC (Ensino Superior Completo), Ocup. (ocupação), Aux. (Auxiliar), Ass. (Assistente), Nacion. (Nacionalidade), Resid. (residência).

Quanto às informações obstétricas e de assistência ao pré-natal (quadro 2), as participantes foram estratificadas como risco gestacional habitual durante o pré-natal, eram primíparas, iniciaram no pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação, realizaram de 7 a 9 consultas pré-natais até o momento da entrevista e tinham realizado, ao menos, uma dose da vacina contra a COVID-19 até o momento da entrevista.

Quadro 2. Consolidação dos dados obstétricos das mulheres de Foz do Iguaçu, PR, Brasil. (2021-2022) n=17

Código	Idade gestacional	Risco gestacional	Paridade	Início do pré-natal	Nº de consultas	Vacina contra a COVID-19
M1	36 sem.	Habitual	0 filhos	1º tri	6	0 doses
M2	37 sem.	Habitual	1 filho	2º tri	-	2 doses
M3	39 sem.	Intermediário	1 filho	1º tri	7	1 dose
M4	32 sem.	Intermediário	5 filhos	1º tri	7	2 doses
M5	30 sem.	Intermediário	2 filhos	1º tri	5	0 doses
M6	27 sem.	Habitual	1 filho	1º tri	6	2 doses
M7	36 sem.	Habitual	0 filhos	1º tri	8	2 doses
M8	36 sem.	Alto	0 filhos	1º tri	15	2 doses
M9	35 sem.	Habitual	2 filhos	1º tri	10	1 dose
M10	35 sem.	Habitual	0 filhos	1º tri	-	1 dose
M11	34 sem.	Alto	1 filho	2º tri	6	1 dose
M12	38 sem.	Intermediário	0 filhos	3º tri	5	1 dose
M13	14º puerp.	Habitual	1 filho	1º tri	8	2 doses
M14	29º puerp.	Alto	3 filhos	1º tri	13	0 doses
M15	6º puerp.	Habitual	0 filhos	1º tri	7	2 doses
M16	31º puerp.	Alto	0 filhos	1º tri	15	3 doses
M17	10º puerp.	Habitual	0 filhos	1º tri	8	2 doses

Fonte: A autora (2022).

*Legenda: M (Mulher), Sem. (semanas), Puerp. (puerpério), Nº (número), Tri (Trimestre Gestacional).

Com relação à caracterização dos profissionais de saúde (quadro 3), a maioria era enfermeiro, tinha entre 20 e 34 anos, era do sexo feminino, se declarava da raça branca. Considerando o tempo de atuação, tinham seis a 23 meses de atuação na APS e mais de seis anos de trabalho na área da saúde. Todos os profissionais realizaram o esquema completo de imunização contra a COVID-19, sendo duas doses da vacina da Coronavac e reforço com a vacina da Pfizer (calendário de imunização para adultos na época do estudo).

Quadro 3. Consolidação dos dados sociodemográficos dos profissionais de Foz do Iguaçu, PR, Brasil. (2021-2022) n=10

Código	Idade	Raça	Ocupação	Atuação na APS	Atuação na saúde	Vacina contra a COVID-19
E1	33 anos	Branca	Enfermeira	8 anos	11 anos	3 doses
E2	36 anos	Branca	Enfermeira	1 ano	10 anos	3 doses
E3	30 anos	Branca	Enfermeira	3 anos	8 anos	3 doses
E4	36 anos	Branca	Enfermeira	2 anos	10 anos	3 doses
Me1	35 anos	Branca	Médico	2 anos	5 anos	-
Me2	80 anos	Branca	Médico	15 anos	55 anos	3 doses
E5	31 anos	Parda	Enfermeira	7 meses	4 anos	3 doses
E6	30 anos	Parda	Enfermeira	2 anos	10 anos	3 doses
Me3	33 anos	Branca	Médico	1 ano	7 anos	3 doses
Me4	33 anos	Amarela	Médico	9 meses	6 anos	3 doses

Fonte: A autora (2022).

*Legenda: E (Enfermeiro), Me (Médico).

O estudo identificou quatro categorias temáticas, quais sejam: Início do pré-natal adiado; Parcialidade nas ações em saúde no pré-natal; (Des)informação em saúde em período de pandemia; e Medidas de prevenção a COVID-19 na gestação; descritas a seguir.

Início do pré-natal adiado

A gestação em tempo de pandemia da COVID-19 causou surpresa, preocupação e medo às mulheres. Esses sentimentos e a percepção tardia dos sinais de gravidez ou a sua confirmação, além do número reduzido de profissionais para atendimento na APS, foram fatores que condicionaram o início adiado do pré-natal.

Eu comecei com oito semanas. [...] Eu só fui ao posto de saúde [...], apresentei o comprovante de que eu estava grávida e logo em seguida as consultas já foram marcadas (M15).

Mas tem bastante gestante que está tendo abandono, que está tendo, assim, dificuldade, recusa de vir nas consultas, falta nas consultas por causa de medo de estar contaminando (E4).

Medo a gente fica por causa do bebê [...] fui justo engravidar bem numa época difícil, que é a pandemia! (M6).

E para mim foi surpresa. [...] Falei: “puts, na pandemia, desempregada, agora fiquei grávida! [...]”. Demorou um mês pra começar a fazer [pré-natal] [...]. Só tinha um médico (M1).

[...] comecei com os sintomas e eu pensei que estava com Covid. Aí comecei a querer vomitar, aí fui fazer o da farmácia, o teste [de gravidez], [...] e deu

positivo [...]. Atrasou [o início do pré-natal] [...] com 20 semanas [...]. Estava com medo de saber que estava grávida [...]. É um pouco preocupante por causa da gravidez e da doença da Covid [...] (M2).

Para início do pré-natal a brasileiras residentes em outro país (comumente residem no Paraguai) ou a estrangeiras, são solicitados documentos de identificação. No período inicial da pandemia, estes não estavam sendo emitidos. Isso restringiu, em parte, o início do pré-natal a essas mulheres, pois alguns profissionais realizam atendimento, mesmo quando elas não possuem documentos de identificação.

Eu pedi informações com a amiga que já tinha feito o pré-natal lá [CMI], que morava aqui, também, no Paraguai. E ela me indicou o local [...]. Entrei em contato e comecei o pré-natal (M17).

[...] eu estava lá no Paraguai, [...] meu marido, ele é brasileiro [...]. Estava fazendo meus documentos também. Minha identidade [...] não estava saindo. Então não podia consultar aqui [Brasil] [...]. Quando eu retirei a minha identidade [brasileira], [...] eu já vim rápido fazer [pré-natal no Brasil] [...] (M2).

Várias nacionalidades. Principalmente árabe, paraguaia [...] tem alguns também do Japão, chineses, é bem diversificado [...]. Para abertura de pré-natal [...] é exigida a documentação. Tem que ter, pelo menos, a entrada do CPF, RG [...]. Se ela não tiver cartão SUS, nenhuma documentação brasileira, também é atendido, só depois limita a questão do seguimento (E6).

[...] CPF, identidade, não tão fazendo, por causa da pandemia. [...] A gente pede para elas irem na polícia, solicitar, ou seja, foi lá, foi negado [...]. Se ela só tem a identidade lá do Paraguai, aí realmente a gente não consegue fazer nada (E2).

A atenção pré-natal em região de fronteira inclui o atendimento a diversas nacionalidades e regiões do Brasil, o que implica importante diversidade cultural e limitações na comunicação em razão do idioma. Ter um acompanhante para tradução ou o uso do *google* tradutor são opções utilizadas pelos profissionais para comunicação efetiva.

[...] elas (árabes) não falam e quem vem também não entende direito e é bem complicado. Mas a gente vai aí no *google* tradutor, pede para vir uma pessoa que entenda, para a gente também entender [...] (E5).

[...] eu sou estrangeira [paraguaia]. Aí eu entendo muitas coisas só que eles têm que falar também o que é às vezes [...] (M2).

[...] Bangladesh, árabe, paraguaia, é o que vem, mais do que brasileira [...] eu faço o que dá para fazer, examino o que dá e peço para vir alguém que fale o idioma, [...] (Me3).

O pré-natal de mulheres residentes no Paraguai (brasileiras ou estrangeiras) comumente se inicia tardiamente no Brasil, em razão de elas quererem realizar apenas alguma(s) consulta(s) em serviço de saúde brasileiro para garantir o acesso à saúde no país, principalmente para o parto. Destaca-se que o CMI é o serviço de referência para atendimento das gestantes brasileiras residentes no Paraguai. Algumas podem já ter iniciado pré-natal em serviço privado no país de residência (considerado de qualidade inferior ao do Brasil), outras não.

Nasci aqui. Mas sempre morei no Paraguai [...]. Eu comecei com três meses. [...] Quando eu percebi que estava grávida, a ponte já estava aberta. [...] Vim direto aqui [CMI] (M5).

[...] a gente teve uma que chegou, que veio já quase para ganhar bebê, paraguaia, logo que abriu a Ponte da Amizade, ela veio iniciar o pré-natal, [...] ela não tinha documento brasileiro, ela não sabia data da última menstruação, ela não tinha nada (E3).

Paraguaia chega aqui, as mulheres grávidas com o pré-natal tardio, todo mal feito no Paraguai, [...] só para ganhar o bebê e voltar para lá [...], sem documento, mas a gente tem que atender porque o SUS é universal [...] (Me3).

Elas moram no Paraguai [...] vêm, abre o pré-natal [...], e voltam com a carteirinha de gestante só para ter o parto, para dizer que fez o pré-natal no Brasil, mas não fez (E1).

Parcialidade nas ações em saúde no pré-natal

As consultas de pré-natal foram suspensas no início da pandemia COVID-19, durante alguns dias/semanas/meses, conforme o serviço. Após reorganização dos serviços de saúde, UBS e ESF voltaram a realizar atendimentos presenciais. Sobretudo, foi possível aos profissionais ampliar os atendimentos à mulher no ciclo gravídico-puerperal e a outras pessoas de grupo de risco.

Uma das consultas, eu acho que foi cancelada por conta do Covid. [...] Aí nenhum posto mais estava atendendo, eles estavam atendendo só essas coisas da pandemia [...] (M15).

Teve uma época ano passado [...] acho que março a junho, que foi fechado. Que não estava fazendo atendimento [...] era só respiratório [...]. Parou todos os postos (Me3).

Foram suspensos no início da pandemia no ano passado em março todos os atendimentos eletivos, mas o pré-natal ele se manteve. [...] a gente às vezes espaçava um pouco mais [...] (E3).

[...] o pré-natal, o posto prioriza, por causa da gestação [...]. Aliás, foi um dos únicos tipos de consulta que não [...] excluíram foi o pré-natal (M1).

[...] o que a gente não parou foi o atendimento pré-natal [...] até conseguiu ampliar um pouco o atendimento, porque daí a gente não tinha outra demanda para atender [...] (E1).

No início da pandemia, as unidades se limitaram a poucos atendimentos [...]. E um dos atendimentos que a gente fazia era a abertura do pré-natal e o seguimento do pré-natal. [...] Depois [...] as coisas ficaram mais flexíveis e a gente voltou ao atendimento normal, [...] toda a assistência como se tivesse a unidade funcionando sem a pandemia (E5).

[...] a gente continua atendendo as gestantes de forma normal. Só com maior cuidado (Me1).

Ele [pré-natal] não foi suspenso, [...] algumas [gestantes] com mais receio que outras nas consultas. Mas, as de risco, alto risco, elas vinham sempre [...] A gente não fez telessaúde. A gente continuou a fazer atendimentos presenciais [...], as de risco habitual a gente às vezes espaçava um pouco [...] (E3).

Em razão da particularidade do CMI, que atende principalmente brasileiras residentes no Paraguai, a demanda de consultas de pré-natal, neste serviço, ficou reduzida por aproximadamente nove meses. Período em que a ponte que liga os dois países ficou fechada.

[...] os pré-natais ficaram um pouco parados, porque a nossa demanda maior é das brasileiras que moram lá no Paraguai. [...] do que daqui do Brasil [...]. Elas não tinham como passar [...], a ponte ficou fechada uns nove meses [...] (E2).

[...] temos atendimento mais para as pacientes brasileiras que moram no Paraguai. Então, foram criadas certas barreiras [...] ficou restrito ao pessoal aqui do Brasil [...] (Me2).

Algumas gestantes faltavam às consultas de pré-natal por medo da contaminação. Outras tiveram as consultas adiadas por suspeita de infecção pela COVID-19, seja delas ou de profissionais de saúde. Para as faltosas, foi realizada busca ativa por contato telefônico.

Duas vezes [consulta cancelada]. É porque ele [médico] estava com suspeita de Covid. Daí eles não atenderam no CMI [...] (M14).

[...] faltei em uma consulta, [...] não levei a máscara, e eu voltei embora. [...] O enfermeiro lá depois falou que tinha (M11).

[...] tem bastante gestante que está tendo abandono [...], dificuldade, recusa de vir nas consultas, falta nas consultas por causa de medo de estar contaminando [...]. A gente tinha que fazer busca ativa, entrar em contato para falar que tinha que continuar. Não podia ficar sem fazer o pré-natal (E4).

Os profissionais realizavam teleatendimento às gestantes faltosas, residentes no Brasil. Contudo, não era possível nem o teleatendimento nem a busca ativa das que residem no Paraguai. É comum estas informarem endereços e contato telefônico falsos no Brasil (principalmente estrangeiras), o que impossibilita localizá-las.

Além disso, se destaca a existência de população flutuante, ou seja, mulheres que residem no Brasil e trabalham no Paraguai ou a atuação envolve a livre circulação entre os países. Logo, a liberação da ponte, por muito tempo fechada, impeliu-as a compensar o lucro das atividades suspensas enquanto a ponte esteve fechada.

[...] as gestantes não queriam vir [...]. Aí, a gente usou essa estratégia do teleatendimento [...]. É, 10, 20%, que a gente acaba tendo que fazer busca ativa [...]. Às vezes a dificuldade também é de transporte, que a gente tem gestantes lá da área rural [...] (E1).

[...] muitas trabalham entregando “muamba”, [...] eles saem seis horas da manhã e ficam o dia todo para lá. [...] essas pessoas que ficam para lá e para cá, a gente liga e não consegue contato [...] (E4).

[...] gestantes que moram no Paraguai e vêm fazer a abertura do pré-natal para ter o bebê aqui [...] não tem como procurar elas [...] dão endereço brasileiro, não paraguaio [...] (E5).

[...] não teve acompanhamento [das gestantes residentes no Paraguai] por causa da questão do telefone, por ser difícil [...], não tinha esse contato com elas [...] (E2).

A realização de exames de laboratório e de imagem foi feita conforme indicação obstétrica durante a pandemia. Foram adiados quando a gestante tinha suspeita ou diagnóstico de COVID-19. A ecografia/ultrassom morfológico era realizada para gestante de alto risco apenas.

Em alguns períodos também foram suspensos os exames laboratoriais de rotina [...] ano passado. Mas os de gestante eles mantiveram, não suspenderam (E3).

Os exames não atrasaram, nem o ultrassom, as consultas ocorreram de forma habitual (Me1).

Eu só peguei o encaminhamento dos exames [laboratoriais], [...] já foi feito. [...] fiz tudo ali no posto (M15).

Os exames assim não demoram, os exames são mais rápidos. Agora as ECOs [ecografias] acredito que demora uma semana, no máximo quinze dias [...] (E2).

[...] teve casos de estar suspeito ou se estava positiva, aí o laboratório, a gente não podia passá-los para fazer (E6).

Eu fiz só a morfológica no privado. [...] pelo SUS eles só dão se você tem gravidez de risco. Como não era o meu caso, eles não forneceram (M15).

O médico pedia e no outro dia já fazia, era bem rápido. [...] Pelo SUS, duas e no [hospital de referência] quatro [ultrassom]. E uma morfológica, porque como eu era de risco, eu ganhei pelo SUS também (M16).

[...] só o pré-natal de alto risco pode pedir [ultrassom morfológica] [...]. Ele foi tirado da atenção básica [...]. Nós ficamos com o transvaginal [...] E no segundo trimestre o obstétrico [...] (Me4).

Os atendimentos de pré-natal de alto risco foram mantidos e eram realizados em ambulatório de especialidades médicas, com médico obstetra. A gestante se mantém vinculada aos dois níveis de atenção à saúde. Importa apontar que o pré-natal de risco habitual é realizado, na APS, por médico da saúde da família - clínico geral.

Aqui eu só faço baixo risco [pré-natal]. Se tiver alterado [...] você referencia para o obstetra aqui e coloca se é prioridade ou não, e especifica o porquê [...] (Me3).

[gestante] alto risco, tanto acompanha aqui como no centro de especialidades médica com o obstetra [...] (E5).

[...] a minha gravidez foi considerada como de alto risco [...]. Eu acho que eu nem vou ser chamada mais porque eu já estou para ganhar [...] até agora eu não fui com o especialista (M8).

(Des)informação em saúde em período de pandemia

Os grupos de gestantes da APS foram suspensos e a educação em saúde foi realizada principalmente por médicos, de forma individual, nas consultas de pré-natal. Convém salientar que enfermeiros, na realidade estudada, comumente realizam apenas a primeira consulta de pré-natal – denominada de “abertura do pré-natal”.

Única coisa que a gente parou foram os grupos, os grupos de gestante [...]. Esses grupos aconteciam [...] uma vez por mês [...] (E2).

Assim, uma mudança é que não é feito aquelas reuniões em grupo. Curso de gestante não tinha presencial [...]. Estava suspenso (Me1).

Agora a gente vai voltar com os grupos [de gestante] [...]. Estava tudo suspenso. Agora que foi autorizado, tem um mês [...] (E4).

[...] o enfermeiro aqui faz a abertura [do pré-natal] e o restante [das consultas] é acompanhada pelo médico da família. [...] (E5).

[...] a primeira consulta eu fiz com a enfermeira [...], uns 15 dias depois foi marcado com uma médica (M15).

Foi notório que a educação em saúde e a partilha de experiências entre as gestantes foi comprometida com a suspensão dos grupos de pré-natal. Contudo, algumas puderam receber algumas orientações por meio de outros grupos, que não dos serviços de APS, inclusive, de forma *on-line*.

Que eu senti falta [...] acredito que faz muita diferença durante a gravidez, principalmente [...] para quem é a primeira vez, que não tem muita experiência [...] seria muito válido, essa troca de experiência (M17).

Eu vejo vídeos, pesquiso para saber como que tem que fazer. [...] Não me deram muita informação sobre cuidados com o bebê e nem cuidados comigo depois que o bebê nasceu [...] (M10).

Eu participo no que é do CEAE, Centro Espírita lá do Jardim Paraná, da Vila A. Aliás, é um grupo de gestantes carentes [...] orienta na amamentação [...]. Não é encontro pessoalmente, é *on-line* (M1).

[...] um curso gratuito para pais lá do [hospital de referência para parto]. E eu e meu esposo nós fomos, [...] falaram então sobre amamentação, inclusive falaram sobre o banco de leite [...] (M15).

De acordo com os profissionais, as orientações realizadas pelos profissionais durante o pré-natal eram sobre sinais de alerta para procurar o hospital de referência, necessidade de consulta puerperal da mulher, cuidados com alimentação, sono, amamentação. Não obstante, algumas mulheres referiram não terem recebido nenhuma orientação durante o pré-natal, sendo necessário buscar informações fora do serviço de saúde.

A gente orienta sempre durante a consulta [...] os sinais de alerta, alarme e o hospital referência (E5).

[...] Orientações com a alimentação, a importância do sono [...]. Em relação aos cuidados que tem que ter se tiver algum sinal de alarme, algum sangramento ou alguma dor (E6).

Oriento trabalho de parto, dor [...]. Oriento durante o pré-natal que depois tem que vir para fechar o pré-natal [...]. Avaliar lóquios, avaliar involução uterina [...] (Me3).

A Enfermeira me ensinou [...] os cuidados que eu devo ter durante a amamentação, cuidados com os seios [...], parto, no pós-parto, onde que eu ia ficar, qual hospital, se poderia levar acompanhante [...] (M17).

Ninguém me falou nada sobre o parto. Tudo o que eu sei é que eu pesquisei e perguntei para os familiares que já tiveram filho [...] (M1).

[...] ninguém me orientou. [...] como eu já tenho experiência com a primeira filha, já sei algumas coisas [...] (M2).

No pré-natal mesmo não recebi orientação, não. Eles não questionavam e eu acabei nunca perguntando [...] (M15).

Medidas de prevenção à COVID-19 na gestação

Durante a pandemia, as unidades de saúde organizaram o ambiente de modo a prevenir a contaminação pela COVID-19 por meio da disposição do álcool em gel, distanciamento das cadeiras, agendamento de horários para consultas para evitar filas, limite de pessoas para estar na unidade de saúde, aferição de temperatura e questionamento sobre sintomas respiratórios.

[...] quando a gente iniciou o atendimento do Covid aqui, um dia antes a gente ligava para saber se a gestante tinha sintoma respiratório. [...] fazia a higienização [...], uso de EPI, máscara, avental, touca (E1).

[...] fazia livre demanda [...] agora a gente trabalha mais com o agendamento [...] para gente não ter aglomeração [...] (E2).

[...] perguntava se tinha sintoma respiratório [...]. Aferição de temperatura era feita na porta [...] (E3).

Era feito o agendamento para não formar filas, marcação de cadeiras, uma sim e outra não, para não sentar, proteção para a recepcionista na entrada, uso de máscara, álcool [...] (M17).

O afastamento do trabalho de gestantes e de profissionais de grupos de risco também foi uma medida de prevenção da COVID-19.

[...] por motivos de saúde, eu fui afastada. Eu fazia atendimento pela telemedicina, trabalhei durante um ano da minha casa. [...] eu fiquei em casa pelo receio mesmo (Me4).

[...] saiu aquela lei. Aí eles me afastaram [do trabalho] [...]. Foi a empresa [...]. Se eu estou afastada, é porque é mais perigoso pra grávida [...] (M10).

Foi proibida a presença do acompanhante durante as consultas e exames de imagem pelo SUS. Em razão disso, o pré-natal masculino foi comprometido, pois comumente o parceiro faz sua consulta na ocasião do atendimento da gestante. Após o início da vacinação para COVID-19, houve uma flexibilização na restrição dos acompanhantes. As mulheres relataram se sentir sozinhas devido à restrição do companheiro. Alguns médicos abriam exceções.

[...] eu tive que fazer as consultas todas sozinhas. Não pude levar acompanhante. [...] Isso, tipo, faz a gente se sentir um pouco sozinha [...] nos ultrassons, ele [marido] nunca está. É só eu, eu tenho que filmar para ele poder ver e não é a mesma coisa. [...] (M1).

[...] no ultrassom não deixa [entrar acompanhante] [...] pelo SUS eles não deixam [...] (M4).

De começo elas falaram que não podia trazer ninguém [...]. Logo que saiu a vacina, aí meu esposo começou a vir [...] (M6).

Geralmente elas vêm sozinhas agora por causa da pandemia, mas quando tem acompanhante, o marido ou mãe, eu deixo entrar (Me3).

Em todas elas [consultas] eu levei [acompanhante], somente no primeiro ultrassom que eu não pude. Eu levei, mas não puderam entrar porque também era meio no auge da pandemia (M15).

A adesão vacinal contra a COVID-19 pelas gestantes ora foi menor, ora maior, segundo os profissionais de saúde, cada qual em sua realidade. Elas tinham receio dos efeitos do imunizante no feto, tinham medo de aborto, de alguma complicação. Segundo eles, as gestantes árabes foram as que apresentaram maior resistência.

Do Covid é mais baixo [...] a DTPa todas elas fazem [...] 60% não quer fazer a vacina do Covid, a maioria [...]. Elas têm medo de ter aborto, elas têm medo de ter alguma complicação, é o medo [...] (E1).

Da gestante é mais Pfizer, mas também pode ser Coronavac. A gente só não aplica Astrazeneca [...]. É uma resistência grande nas gestantes [...], principalmente com as árabes [...] (E5).

Tem medo do que possa acontecer com o feto [...] elas se dispõem a vacinar depois que o bebê nasce [...]. Mas, são minoria (Me4).

[...] no começo eu fiquei com bastante medo de tomar, por causa do bebê. De acontecer alguma coisa com ele [...] (M1).

Aquelas gestantes que acreditavam na prevenção da COVID-19 por meio da imunização acessaram os serviços, superaram barreiras territoriais e se sentiram mais tranquilas após terem recebido as doses recomendadas.

Já tomei [...]. As duas doses. [...] Eu fiquei mais tranquila, porque já sei que estou protegida (M2).

[...] foi muito rápido [...] já na primeira consulta perguntei sobre a vacina da Covid [...] e já fui vacinada (M15).

Tive dificuldade em conseguir vacinar no Brasil porque precisava de comprovante de residência [gestante residente no Paraguai]. Mas consegui endereço em Foz [...], de uma amiga. Fico lá quando preciso (M17).

O fato de haver médicos resistentes à vacina contra COVID-19, de haver necessidade de solicitação médica para a gestante receber o imunizante (no município), de haver incipientes evidências científicas dos efeitos no feto e no recém-nascido a longo prazo, de não

ser obrigatória (não fazer parte do programa de imunização do Ministério da Saúde), entre outros motivos, podem ter influenciado a baixa adesão de gestantes à vacina.

Tem muita gestante que não quer fazer a vacina [...]. E na unidade tem alguns médicos que também têm algumas restrições quanto à vacina, [...] como eles já têm as restrições, a paciente também tem medo, acaba não fazendo (E3).

Elas aderem bem [...]. No município foi pedido para que tenha a solicitação médica para que elas possam ser vacinadas [contra a COVID-19] [...] (E6).

[...] eu não confio muito bem nessas vacinas por enquanto. [...] eu falei assim, eu não quero. Eu sou obrigada a tomar? Eles falaram que não [...]. Então eu não tomei [...] Só tomei a da gripe (M14).

A testagem de gestantes com suspeita de COVID-19 era realizada por meio do *swab* nasal, com agendamento prévio pelo telefone. As gestantes com suspeita ou confirmadas para COVID-19 eram orientadas a manter isolamento domiciliar e monitoradas por meio de teleatendimento. Em alguns casos, houve demora na divulgação do resultado do exame.

Quando eu tive a suspeita, os sintomas, eu liguei, agendei, fui e fiz. E saiu o resultado. Deu positivo [...], os meus sintomas foram leves [...]. Eles ligavam. Liguei o médico perguntando se eu tive algum sintoma mais grave [...]. Eu falei só a perda do paladar e só (M6).

Eu procurei a central da Covid e marquei um teste no hospital [...], pelo telefone. [...] Aquele teste do nariz, eu fiz (M8).

[...] Coriza, dor no corpo. [...] Eu agendei pra poder fazer o teste. [...] [...] A gente teve bastante dificuldade para ver o que tinha dado. [...] Foram quase duas semanas para sair o resultado (M10).

[...] telessaúde a gente usava só se fosse gestante com Covid [...], fazia acompanhamento diário [...], não ligava só para as gestantes, mas para outras pessoas com comorbidades, idoso, criança [...] (E5).

Os médicos, na época, não tinham segurança para prescrição medicamentosa para tratar a nova doença. O efeito colateral de drogas poderia ser pior do que o efeito terapêutico.

[...] a gente ficou meio confuso [...] de não saber bem o que prescrever, ou às vezes prescrever e ter um efeito colateral pior do que o efeito terapêutico [...] a gente se preocupa, é uma doença nova [...] a gente não sabe qual que vão ser os efeitos [...] (Me1).

A gente [...] dava atestado sanitário para a gestante [...], orienta ela a isolamento domiciliar [...]. Na telemedicina [...], a gente ligava [...] para saber se estava bem [...], se podia sair do isolamento, se ia precisar de mais alguns dias, se ia precisar de medicação (Me4).

6 DISCUSSÃO

No início da pandemia, inúmeras gestantes deixaram de comparecer às unidades de saúde devido ao risco e ao medo de contaminação pela COVID-19. A literatura descreve que houve cancelamento de consultas pré-natais e, conseqüentemente, houve redução na taxa média de consultas (CHISINI *et al.*, 2021; BEESON *et al.*, 2021).

O número de consultas de pré-natal reduziu durante a pandemia, no entanto, o índice de consultas pré-natais remotas aumentaram (PEAHL *et al.*, 2021). A consulta remota foi apontada como uma estratégia para minimizar o risco de contaminação pela COVID-19 e garantir o acompanhamento pré-natal (COSTA *et al.*, 2021). Contudo, foi utilizada de forma tímida pelos profissionais de saúde deste estudo, particularmente focada na busca ativa de faltosas.

Não obstante, a busca ativa de gestantes faltosas, residentes no Brasil, comumente é dificultada por falta de atualização dos dados cadastrais, como telefone e endereço (MARANDUBA *et al.*, 2021). A busca ativa de gestantes residentes no país vizinho (Paraguai), sobretudo, não é realizada, o que conduz à descontinuidade do atendimento (PICCO *et al.*, 2022).

A gestação gerou insegurança e ansiedade pela insuficiência de informações sobre a COVID-19 (SURITA *et al.*, 2020). Em Florianópolis, o atraso no início do pré-natal, com intervalo superior a seis semanas entre as consultas e o atendimento de forma virtual, aumentou o risco de inadequação do pré-natal (MARTIN *et al.*, 2022). Algumas mulheres aderiram ao pré-natal remoto na pandemia, no entanto, preferiam o atendimento presencial devido à possibilidade de um exame físico completo e melhora de vínculo entre a gestante e o profissional (PEAHL *et al.*, 2021). Logo, confirma-se o adiamento de consultas e a baixa adesão delas na forma remota.

As medidas de distanciamento impostas pela pandemia fizeram com que alguns países estabelecessem medidas restritivas aos imigrantes, como o fechamento das fronteiras (SILVA; OLIVEIRA; VALLE, 2020). O fechamento da fronteira terrestre entre o Brasil e o Paraguai restringiu o acesso de gestantes paraguaias e de brasileiras residentes no Paraguai, aos serviços de saúde do Brasil (MAGALHÃES; RONCONI; ASSIS, 2021).

Na região de fronteira do Brasil com o Paraguai e Argentina, a busca pelos serviços de saúde, que inclui a assistência materno-infantil, é realizada por estrangeiros e por brasileiros que residem em outros países (HORTELAN *et al.*, 2019). Isso pode ser associado à percepção

de que o sistema de saúde do Brasil é melhor estruturado do que os dos países vizinhos e o direito à saúde por meio da universalidade do SUS (AIKES; RIZZOTO, 2019).

O atendimento a estrangeiros no Brasil é assegurado em casos de urgência e emergência, contudo, alguns municípios acolhem estrangeiros(as) para atendimento eletivo na atenção primária (AIKES; RIZZOTO, 2019). Gestantes estrangeiras buscam a assistência pré-natal no Brasil a fim de garantir direito à saúde para seus filhos. Já gestantes brasileiras residentes no Paraguai possuem garantia de atendimento em saúde, em serviço de pré-natal, no Brasil (PICCO *et al.*, 2022).

A ausência de políticas explícitas sobre o atendimento de estrangeiros(as) condiciona os profissionais de saúde ao estabelecimento de critérios de acesso baseados em valores éticos e morais (AIKES; RIZZOTO, 2019). Além disso, uma das barreiras no atendimento a imigrantes é a comprovação de residência no Brasil para emissão do cartão SUS. Isso faz com que estrangeiros(as) utilizem documentos falsos, de familiares ou amigos, para acesso aos serviços de saúde, dificultando a identificação da origem deles(a) (PICCO *et al.*, 2022).

Durante a pandemia, houve a suspensão dos grupos de gestantes como forma de reduzir a contaminação viral (MENEZES *et al.*, 2021). Para a manutenção da educação em saúde a esses grupos, foi recomendada a utilização de diferentes formas de educação em saúde no pré-natal, como o uso de aplicativos, grupos *on-line* e vídeos educativos (SURITA *et al.*, 2020). Todavia, em função da ausência de orientações e educação em saúde pelos profissionais de forma *on-line*, as gestantes buscaram informações em outras fontes, como: televisão, internet, amigos ou familiares (SAHIN; KABAKCI, 2020).

A consulta pré-natal compartilhada entre enfermeiro e médico tem maior efetividade, favorece a qualidade do atendimento, a identificação precoce de complicações, gera redução de gastos financeiros e impacta positivamente nos desfechos clínicos maternos e perinatais (MENEZES *et al.*, 2021). Porém, o enfermeiro, no contexto estudado, realiza comumente a abertura de pré-natal (primeira consulta) sem continuidade no acompanhamento obstétrico.

Para garantir a segurança nos atendimentos às gestantes, foram adotadas medidas como: distanciamento entre as cadeiras na sala de espera, uso de máscara e a oferta de álcool em gel para higiene das mãos (MARANDUBA *et al.*, 2021). Uma das medidas de prevenção da COVID-19 foi a restrição do acompanhante no pré-natal.

Quanto à ausência do acompanhante (companheiro), as mulheres manifestam sentimento de perda e insatisfação (BEESON *et al.*, 2021). A presença do parceiro e de

amigos é essencial para obter apoio social e diminuir o sofrimento psicológico das gestantes (ESTRELA *et al.*, 2020), particularmente em tempo de pandemia.

O afastamento do trabalho foi indicado para pessoas com comorbidades clínicas e fatores de risco à infecção pela COVID-19, como gestantes (SHARMA; SHARMA; SHARMA, 2020). Os profissionais de saúde dos grupos de risco também foram afastados do trabalho, reduzindo o quadro funcional dos serviços de saúde (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021). Esses profissionais foram alocados no teleatendimento para monitoramento de casos suspeitos ou positivos para COVID-19.

A imunização foi uma das principais medidas preventivas contra a COVID-19, com demonstração de eficácia e segurança em gestantes, além da transmissão de anticorpos ao feto e/ou ao recém-nascido (TAKEMOTO *et al.*, 2020). Apesar disso, a baixa percepção de risco de infecção pela COVID-19, de disponibilidade da vacina e a falta de confiança na eficácia do imunobiológico podem estar associados ao atraso ou à recusa vacinal contra a COVID-19 (RANSING *et al.*, 2022).

No Brasil, a vacinação contra a COVID-19 iniciou em janeiro de 2021. Após início da imunização em gestantes, foi notificado um caso de evento adverso grave de tromboembolismo pós-vacina Astrazeneca®, o que condicionou a interrupção da administração desse imunobiológico em gestantes, que fisiologicamente possuem fator de risco aumentado para o evento. A imunização de gestantes e puérperas passou a ser realizada com imunizantes da Coronavac® e Pfizer®, sendo obrigatória a prescrição médica para realização da vacinação (BRASIL, 2021c). Isso pode ter aumentado a insegurança perante a imunização.

Em Israel, a imunização contra a COVID-19 foi menos aceita entre as gestantes quando comparado à adesão vacinal na população geral. A baixa adesão foi associada à preocupação com a segurança do imunobiológico. Muitas vezes, elas optam por adiar a vacinação para após o parto (WAINSTOCK *et al.*, 2021), assim como identificado pelas falas dos participantes deste estudo. Ressalta-se que o conhecimento sobre a COVID-19 e a recomendação médica aumentam a aceitação da vacina contra a COVID-19 na gestação (BURD *et al.*, 2021).

A APS tornou-se referência para atendimento dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19, sendo necessário reorganizar os fluxos de atendimento e organização dos espaços físicos dos pacientes que apresentavam sintomas gripais (MARANDUBA *et al.*, 2021). Para as gestantes com sintomas respiratórios, era solicitado que realizassem o isolamento

domiciliar e, somente após término dos sintomas, retornar para consulta pré-natal. Os profissionais apresentavam insegurança no atendimento e tratamento de gestantes infectadas pela COVID-19 por não possuírem um protocolo oficial de atendimento (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

O estudo se limitou a entrevistar mulheres e profissionais de saúde de um município de fronteira e contemplou o primeiro nível de atenção ao pré-natal, qual seja a APS. Sugerem-se novos estudos que contemplem gestores em saúde e outros níveis de atenção ao pré-natal, como a atenção especializada, em outras regiões e fronteiras do Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação durante a pandemia COVID-19 gerou surpresa, preocupação e medo às mulheres. A percepção tardia da gravidez, o receio pela contaminação viral, além do número reduzido de profissionais, condicionou o adiamento do pré-natal. A imunização contra a COVID-19 na gestação foi adiada devido à insegurança e medo com relação às reações adversas do imunobiológico.

A pandemia da COVID-19 gerou retrocessos à atenção pré-natal, como a restrição do acompanhante nas consultas e exames, suspensão do grupo de gestantes, com comprometimento da educação em saúde no pré-natal, adiamento do início do pré-natal e/ou comprometimento da sua realização, particularmente de brasileiras residentes no Paraguai, por conta de barreiras de acesso, pelo fechamento das fronteiras.

O pré-natal foi suspenso no início da pandemia. Contudo, após a reorganização dos serviços de saúde de modo a prevenir a contaminação pela COVID-19, as unidades de saúde mantiveram as consultas de pré-natal de forma presencial. Diante disso, o teleatendimento, como estratégia para acompanhamento pré-natal apareceu timidamente, particularmente para busca ativa de gestantes faltosas e residentes no Brasil.

Recomenda-se a utilização de teleatendimento ou outras tecnologias de telessaúde para acompanhamento pré-natal de mulheres hesitantes em comparecer às consultas por medo e insegurança quanto à COVID-19, quando as condições epidemiológicas da doença forem de risco para a saúde materna, entre outros motivos. Sobretudo, essa estratégia pode favorecer o acompanhamento de gestantes residentes no Paraguai.

Políticas de saúde que integrem ações entre os países de fronteira são requeridas para assegurar a atenção pré-natal e/ou a sua continuidade por meio de programas e estratégias governamentais que considerem singularidades desse contexto.

REFERÊNCIAS

AIKES, S.; RIZZOTO, M. L. F. Cross-border access to health services in twin cities of Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i4.43582>

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife. v. 18, n. 2, p. 317-326, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000200005>

BEESON, T. *et al.* Pregnancy and Childbirth Expectations During COVID-19 in a Convenience Sample of Women in the United States. **Journal of Patient Experience**. v. 8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23743735211039329>

BERRES, R.; BAGGIO, M. A. (Des)continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo em região de fronteira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0827>

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **DeSC – Descritores em Ciências da Saúde**. 2022. Disponível em: <http://decs.bvs.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1975.

_____. Presidência da República. **Lei nº 6.634, de 02 de maio de 1979**. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Brasília, 1979.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília: MS, 1984.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 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. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.560, de 29 de agosto de 2002**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.120, de 06 de julho de 2005**. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** Brasília: DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.188, de 05 de junho de 2006**. Dá nova redação a Portaria nº 1.120/GM, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Faixa de Fronteira**. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF). Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011.

_____. **Portaria nº 125, de 21 de março de 2014**. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Fronteiras do Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. Brasília, 2017a.

_____. Fronteira. **Consolidação dos planos de desenvolvimento e integração das faixas de fronteira**. Brasília. 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2017c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017d.

_____. Ministério da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. Brasília, 2019a.

_____. Presidência da República. Decreto nº 9.961, de 8 de agosto de 2019. Institui a Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira. Brasília, 2019b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília. 2019c.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Trata das orientações da vacinação dos grupos de pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente e gestantes e puérperas na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, 2021b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-tecnica-no-467-2021-cgpni-deidt-svs-ms/>

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 2/2021-GAB/SECOVID/MS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/NotaTecnica_vacinacaocovid-19gestantespuerperas.pdf

_____. **Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022**. 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). 66, 1. P. 591. 2022a. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico Nº 20**. Secretaria de Vigilância em Saúde. v 53. 2022b. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20Vol.53%20N%C2%BA20.pdf>

BURD, I. *et al.* The Israeli study of Pfizer BNT162b2 vaccine in pregnancy: Considering maternal and neonatal benefits. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 131, n. 13, 2021.

CHEN, H. *et al.* Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **Lancet**, London, v. 395, n. 10226, p. 809-815, 2020.

CHISINI, L. A. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210013, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>

COLOGNESE, S. A. Brasiguaios: uma identidade na fronteira Brasil/Paraguai. **Revista de Tempo da Ciência**. Toledo. v. 19, n. 38, 2012.

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

DALL'ARA, J. Taxa de mortalidade materna no Brasil cresce principalmente por falta de recursos. **Jornal da USP**. 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=507177>

DAW, J. R.; SOMMERS, B. D. Association of the Affordable Care Act Dependent Coverage Provision With Prenatal Care Use and Birth Outcomes. **American Medical Association**. Chicago. v. 319, n. 6, p. 579–587, 2018. DOI: 10.1001/jama.2018.0030

ELLINGTON, S. *et al.* Characteristics of women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Washington. v. 69, n. 25, p. 769, 2020.

ESPINOSA, M. C. S. *et al.* Atención a la salud materno-infantil en Cuba: logros y desafíos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington. v. 42, p. e27, 2018.

ESTRELA, F. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300215, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>

FABRINI, J. A existência (e resistência) camponesa no sul de Mato Grosso do Sul. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros Seção Três Lagoas**. Cuiabá, p. 147-173, 2019.

FABRIZ, L. A. **Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras entre o Brasil e o Paraguai, no Estado do Paraná: um estudo avaliativo**. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo. São Paulo, 161 p. 2019.

FERNANDES, A. M. *et al.* Metodologia de pesquisa de dissertações sobre inovação: Análise bibliométrica. **Revista Desafio Online**, Cuiabá. v. 6, n. 1, 2018.

FERREIRA, R. E. Y. **O processo de inclusão de estrangeiros nas políticas públicas de saúde: a experiência no município de Foz do Iguaçu**. 2017. 103f. Dissertação - Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. 2017.

FERREIRA, H. *et al.* Rotina de exames na atenção ao pré-natal após a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria. v. 7, n. 4, p. 685-699, 2017.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal De Saúde – 2010/2013**. Foz do Iguaçu, 2010.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2011**. Foz do Iguaçu, 2011.

_____. **Alterações do Apêndice I da instrução normativa N° 003/2015**. Dispõe sobre emissão do Cartão Nacional de Saúde. Foz do Iguaçu, 2015.

_____. Secretaria municipal da saúde. **Plano de contingência reabertura da ponte internacional da amizade fronteira Brasil (Foz do Iguaçu) Paraguai (Ciudad del Este)**. Foz do Iguaçu. 2020.

_____. **Relatório anual de gestão 2021**. Foz do Iguaçu. 2022. Disponível em: <https://www5.pmf.br/pr.gov.br/pdf-3948&publicacao>.

FRANK, B. R. B. *et al.* Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Londrina. v. 40, p. 163-174, 2016.

FRYER, K. *et al.* Implementation of obstetric telehealth during COVID-19 and beyond. **Maternal and child health journal**, New York. v. 24, n. 9, p. 1104-1110, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Boletim Observatório Covid-19: semanas epidemiológicas 20 e 21 – de 16 a 29 de maio de 2021**. 2021. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf

_____. **Boletim Observatório Covid-19. Boletim especial: balanço de dois anos da pandemia Covid-19 - janeiro de 2020 a janeiro de 2022**. 2022. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanço_2_anos_pandemia-redb.pdf

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. The role of Primary Care in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e42010817359-e42010817359, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17359.

GONÇALVES, M. F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v. 38, n. 3, 2017.

HIGASHI, P. **Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira – dificuldades e estratégias de superação**. 2019. 210f. Tese - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2019.

HORTELAN, M. S. *et al.* Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. v. 32, n. 2, p. 229-236, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Foz do Iguaçu**. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/foz-do-iguacu.html>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Arranjos populacionais e concentrações urbanas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015.

JARDIM, M.J.A. *et al.* Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v. 11. p. 432-440, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.432-440>

KHAN, R. E. A, RAZA, M. A. Utilização da fonte de qualidade do pré-natal na Índia: uma evidência do IDHS. *Social Indicators Research*. Springer. V.131, p.1163-1178, 2017.

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. **The BMJ**, Reino Unido. v. 369, 2020.

LEAL, M. C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 54, n. 8, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>

LIMA, L. T. P., TOSO, B. R. G. O. Acesso à atenção primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. **Revista de Saúde Pública do Paraná**. Curitiba. v. 2, n. 1, p. 13-20, 2019.

LONG, M.D.B. *et al.* Clinical update on COVID-19 for the emergency clinician: Presentation and evaluation. **The American Journal of Emergency Medicine**. v. 54, p. 46-57, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.01.028>

MAGALHÃES, L. P. M.; RONCONI, L.; ASSIS, G. O. A gestão pública da Covid-19 nas fronteiras brasileiras. O caso do município de Foz do Iguaçu. **Simbiótica Revista Eletrônica**, v. 8, n. 2, p. 67-91, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/simbitica.v8i2.36379>

MARANDUBA, G. C. P. *et al.* Garantia de assistência segura para gestantes e puérperas na atenção primária: desafio frente à Pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 11038-11048, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n3-467

MARTIN, M. M. *et al.* Adequacy of Antenatal Care during the COVID-19 Pandemic: Observational Study with Postpartum Women. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 2022. DOI: [10.1055/s-0041-1741450](https://doi.org/10.1055/s-0041-1741450)

MASCARENHAS, V. H. A. *et al.* COVID-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2020;28:e3348. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4523.3348>.

MENDES, R. B. *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020.

MENEZES, M. D. O. *et al.* Pré-natal de gestantes de risco habitual por enfermeira obstetra e obstetrix: custo-efetividade sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar. **Cadernos de Saúde Pública**. 2021, 37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00076320>

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 20, p. 2135-2145, 2015.

MERCOSUL. Mercado Comum do Sul. **Tratado de Assunção**. Tratado para a constituição de um mercado comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. 1991.

_____. Mercado Comum do Sul. MERCOSUL/CMC/DEC. N° 64/10 **Estatuto da Cidadania do MERCOSUL Plano de Ação**. Foz do Iguaçu, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

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

NASCIMENTO, L.C. N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 71, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, T. F. *et al.* Assistência pré-natal pelo Programa Rede Mãe Paranaense em dois municípios de fronteira. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e497101321590-e497101321590, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21590>

ONU. Organização das Nações Unidas. **Sustainable development goal 3**. 2020. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>.

_____. Organização das Nações Unidas. **Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages**. 2022. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/Goal-03/>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Instituições internacionais e brasileiras discutem implementação de estratégia para saúde das mulheres, crianças e adolescentes**. 2017.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa - Mortalidade materna**. 2018. Disponível em: https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 31 ago 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Curitiba, 2012. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guiia.pdf

_____. Secretaria da Saúde. **Estado entrega nova unidade de saúde em Foz do Iguaçu**. Foz do Iguaçu, 2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=5345>.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Nota orientativa 09/2020**. Orientações às equipes e profissionais sobre linha de cuidado materno infantil durante a emergência em saúde pública coronavírus Covid-19. Secretaria de Saúde. Curitiba. 2020. Disponível em: https://corenpr.gov.br/portal/images/NO_09_LINHA_DE_CUIDADO_MATERNO_INFANTIL_V2.pdf

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Regionais de saúde**. Secretaria de Saúde. Curitiba. 2021a. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude>

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Nota técnica Nº 01/2021 — SESA/PR**. Vacinação contra COVID-19 em Gestantes e Puérperas no Estado do Paraná. Secretaria de Saúde. Curitiba. 2021b. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-06/notatecnicasesa01.21.pdf

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Estratificação de Risco Linha de Cuidado Materno-infantil Aprovada na CIB/PR em 24.02.2021**. Secretaria de Saúde. Curitiba. 2021c. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/estratificacao_de_risco_da_gestacao_cib_24_fev_2021.pdf

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia – Atenção Materno Infantil**. Curitiba: SESA, p. 80, 2022. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_gui_a_mi-_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf

PEAHL, A. F. *et al.* Patient and provider perspectives of a new prenatal care model introduced in response to the coronavirus disease 2019 pandemic. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 224, n. 4, p. 384. e1-384. e11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.008>

PEREIRA, M. N. *et al.* COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro. v. 42, n. 8, p. 445-447, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715138>

PICCO, T. M *et al.* Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. **Escola Anna Nery**. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>

RANSING, R. *et al.* A brief psycho-social intervention for COVID-19 vaccine hesitancy among perinatal women in low-and middle-income countries: Need of the hour. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 67, p. 102929, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102929>

RASMUSSEN, S. A. *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. **American journal of obstetrics and gynecology**, St. Louis. v. 222, n. 5, p. 415-426, 2020.

ROCHA, R.R.M. *et al.* Conhecimento e perspectiva de enfermeiros na rede de atenção materna e infantil do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39235/pdf>

SAHIN, M.; KABAKCI, E. B. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. **Women Birth**. 2020. 34. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.022>

SHARMA, J. B. *et al.* Recommendations for prenatal, intrapartum, and postpartum care during COVID-19 pandemic in India. **American Journal of Reproductive Immunology**, v. 84, nov 2020. DOI: [10.1111/aji.13336](https://doi.org/10.1111/aji.13336)

SILVA, L. B. R. A. A. *et al.* Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 26, p. 931-940, 2021.

SOUZA, S. **Fatores associados ao baixo escore de Apgar no 1º minuto e à mortalidade neonatal em Foz do Iguaçu – PR de 2012 a 2016.** Foz do Iguaçu, 2017.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife. v. 21, p. 253-256, 2021.

SURITA, F. G. C. *et al.* Outpatient care for pregnant and puerperal women during the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, p. 588-592, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1718473>

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* A tragédia da COVID-19 no Brasil: 124 mortes maternas e contando. **International Journal of Gynecology & Obstetrics.** Limerick, v. 151, n. 1, pág. 154-156, 2020. DOI: 10.1002/ijgo.13300

TAQUETTE, S. **Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde.** CIAIQ2016, Portugal. v. 2, 2016.

WAINSTOCK, T. *et al.* Prenatal maternal COVID-19 vaccination and pregnancy outcomes. **Vaccine**, v. 39, n. 41, p. 6037-6040, 2021. DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.09.012

WU, Y. *et al.* Use of maternal health services among women in the ethnic rural areas of western China. **BMC Health Services Research.** London. v. 19, n. 1, 2019. DOI: 10.1186/s12913-019-3996-2

WHO. World Health Organization. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912>

_____. World Health Organization. **World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf?ua=1>.

_____. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>

ZILLY, A.; SILVA, R. M. M. [Orgs.] **Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina.** São Carlos: Pedro & João Editores, p. 301. 2022.

APÊNDICES

Apêndice 1: Instrumento para entrevista e caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
Dados sociodemográficos	
Idade	____anos de idade
Raça/cor	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Sem Escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Médio Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo
Situação civil	<input type="checkbox"/> Com companheiro <input type="checkbox"/> Sem companheiro
Ocupação	<input type="checkbox"/> Atividade remunerada <input type="checkbox"/> Atividade não remunerada Profissão: _____
Renda familiar	<input type="checkbox"/> 0 a 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2 a 3 salários mínimo <input type="checkbox"/> 4 a 5 salários mínimo <input type="checkbox"/> Mais de 5 salários mínimo Obs:R\$1.100
Município de residência	<input type="checkbox"/> Foz do Iguaçu <input type="checkbox"/> Outro_____
Dados obstétricos e de assistência pré-natal	
Risco gestacional	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Alto
Paridade	____número de filhos
Início do pré-natal	<input type="checkbox"/> 1º Tri <input type="checkbox"/> 2º Tri <input type="checkbox"/> 3º Tri
Nº de consultas pré-natais no momento da entrevista	____ consultas pré-natais
Nº de semanas de gestação no momento da entrevista	____ semanas gestacionais
Vacinação Covid	<input type="checkbox"/> Dose Única <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> Reforço Qual:_____

- 1) Descreva o caminho percorrido para iniciar o pré-natal (se iniciou com mais de 12 semanas, perguntar o motivo).
- 2) Comente sobre as facilidades que teve ou que tem para acesso a atendimento de saúde no Brasil.
- 3) Descreva as consultas de pré-natal (*primeiro deixar falar e depois explorar detalhes do depoimento*).
- 4) Qual a frequência das consultas de pré-natal?
- 5) Qual é o profissional que realiza as consultas de pré-natal (*clínico geral, obstetra ou enfermeiro*)?
- 6) Como são realizados os agendamentos para as consultas de pré-natal?
- 7) Houve cancelamento de consulta durante o pré-natal? *Se sim, me conte o motivo.*
- 8) Você faltou a alguma consulta de pré-natal? *Se sim, me conte o motivo.*
- 9) Nos casos de cancelamento ou de falta a alguma consulta, a consulta foi remarcada? (*Quem fez contato para remarcar e qual foi o intervalo de tempo entre as consultas?*)
- 10) Você acha que houve alguma mudança do funcionamento do pré-natal por causa da pandemia? (Rotina de consultas)
- 11) Você recebeu algum atendimento ou consulta por telefone?
- 12) Está sendo permitido acompanhante nas consultas? *Fale sua opinião disso.*
- 13) Está sendo exigido uso de máscaras e higienização das mãos para entrar nas consultas/na unidade?
- 14) Qual a sua opinião sobre os cuidados de prevenção da COVID-19?
- 15) Você é questionada sobre sintomas suspeitos de COVID-19 antes do atendimento?
- 16) Você tem receio de ir à unidade de saúde? *Se sim, por qual motivo?*
- 17) Teve algum sintoma suspeito de COVID-19? Se sim, descreva:
 - Qual serviço procurou?
 - Como aconteceu seu atendimento?
 - Quais exames foram realizados? *Fale sobre os resultados*
 - Teve necessidade de internação?
 - Fez acompanhamento da gestação após ter COVID-19?
- 18) Em algum momento o pré-natal foi interrompido?
- 19) Você desenvolveu alguma doença nesta gestação? *Qual foi a doença?*
- 20) Se sim, qual foi a estratificação de risco (*intermediário ou alto risco*)?

Se gestação de risco: *Comente sobre o acompanhamento pré-natal realizado no centro de especialidades médicas.*

Se gestação de risco: *Qual foi a frequência das consultas no serviço especializado?*

Se gestação de risco: *Quais foram os profissionais que lhe atenderam no serviço especializado?*

Se gestação de risco: *Quais exames realizou? (se possível, fotografar a caderneta de gestante)*

Se gestação de risco: *Qual a frequência de consultas no posto de saúde e no centro de especialidades médicas? (consulta compartilhada???)*

- 21) Comente que orientações você recebeu sobre amamentação? Quem foi que te orientou?
- 22) Comente que orientações você recebeu sobre pré-natal do parceiro? Quem foi que te orientou?
- 23) Comente que orientações você recebeu sobre período pós-parto? Quem foi que te orientou?
- 24) Que orientações recebeu sobre a COVID-19 durante a gravidez? Quem te orientou?
- 25) Sobre os exames laboratoriais, teve alguma dificuldade para a realização? Comente
- 26) Teve o resultado de algum exame alterado? *Se sim, qual foi o encaminhamento?*
- 27) Já realizou Ultrassom Obstétrico? *Se sim, qual(ais)? Estava com quantas semanas de gestação?*
- 28) Precisou fazer algum exame em serviço privado? Se sim, comente.
- 29) Quais imunizações você realizou durante o pré-natal? (fotografar caderneta) *Teve alguma dificuldade para realização? Comente.*
- 30) Você participa de algum tipo de grupo de gestantes (pode ser whatsApp ou outro on-line)? *Se sim, comente a respeito do que é abordado nesse grupo.*
- 31) Você deseja parto normal (vaginal) ou cesariana? Comente.
- 32) Que orientações já recebeu sobre o parto e cuidados com o recém-nascido?

Apêndice 2: Instrumento para entrevista e caracterização sociodemográfica dos profissionais da saúde.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
Dados sociodemográficos	
Idade	____ anos de idade
Raça/cor	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena
Ocupação	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro Outro: _____
Município de residência	<input type="checkbox"/> Foz do Iguaçu <input type="checkbox"/> Outro _____
Tempo de atuação na unidade de saúde	<input type="checkbox"/> 18 a 23 meses <input type="checkbox"/> 2 a 3 anos <input type="checkbox"/> 4 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> 15 anos ou mais
Tempo de atuação na área da saúde	<input type="checkbox"/> 18 a 23 meses <input type="checkbox"/> 2 a 3 anos <input type="checkbox"/> 4 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> 15 anos ou mais
Vacinação Covid	<input type="checkbox"/> Dose Única <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> Reforço Qual: _____

1. Como estão ocorrendo os atendimentos às gestantes na vigência da pandemia COVID-19?
2. Houve alguma alteração durante a pandemia? (Perguntar sobre as estratégias para o seguimento, por exemplo, telessaúde)
3. Em algum momento durante a pandemia foi interrompida a realização do pré-natal?
4. Como é realizada a triagem e o seguimento de gestantes suspeitas ou confirmadas para COVID-19?
5. É realizado monitoramento por meio de contato telefônico?
6. Qual é a periodicidade do monitoramento?
7. Como está acontecendo o agendamento das consultas de gestantes nas Unidades?
8. Qual o intervalo entre as consultas?
9. Houve alguma mudança no intervalo das consultas pré-natais durante a vigência da pandemia?
10. Comente sobre os exames laboratoriais e ultrassons realizados no pré-natal?
11. Houve alguma dificuldade para a realização dos exames durante a pandemia?
12. Em casos que a gestante precisa ser encaminhada para um serviço de referência (alto risco) ou outro atendimento especializado, como tem acontecido esse encaminhamento?
13. Houve alguma mudança no encaminhamento para o alto risco durante a pandemia?

14. As gestantes que realizam o pré-natal retornam para a consulta puerperal?
15. Quais são os profissionais que atuam no serviço?
16. A equipe está completa? Consegue atender toda a demanda?
17. Os profissionais possuem todos os EPIs necessários para realizar o atendimento das gestantes suspeitas de COVID-19?
18. Os materiais, equipamentos e a estrutura do serviço são adequados para o atendimento das gestantes?
19. Como é realizada a consulta pré-natal? Descreva.
20. Quais orientações são realizadas durante o atendimento?

Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestantes.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UMA REGIÃO DE FRONTEIRA NA VIGÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19”, tendo como pesquisadora responsável Taís Regina Schapko sob orientação da Prof^a Dra. Maria Aparecida Baggio e Prof^a Dra. Ana Paula Contiero.

Este estudo tem por objetivo compreender a atenção pré-natal em uma região de fronteira na vigência da pandemia de COVID-19. Tendo o propósito de identificar o perfil das gestantes, compreender a forma de acesso e a vivência do pré-natal pelas gestantes atendidas na atenção básica de Foz do Iguaçu, identificando as barreiras enfrentadas durante a pandemia COVID-19 e compreender a assistência pré-natal ofertada pelos profissionais da atenção básica, considerando as peculiaridades do atendimento na vigência da pandemia COVID-19.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa denominado “**Enfrentamento da COVID-19 e a assistência materno-infantil**” coordenado pela Prof^a Dra. Adriana Zilly, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa, pois realizou seu pré-natal durante a pandemia do COVID-19. A sua participação consistirá em responder algumas perguntas e/ou conversar com a pesquisadora por meio de uma entrevista que será audiogravada, para falarmos a respeito do seu atendimento durante o pré-natal.

Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e não será remunerada por sua participação nela. Sua participação é voluntária, sendo assim, não é obrigatória e você está livre para decidir se quer ou não participar em qualquer uma das duas etapas, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma forma caso não queira participar; mesmo que já tenha começado a responder as perguntas, você poderá parar a qualquer momento. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você apresentadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material, armazenado em local seguro.

Ainda, os riscos desta pesquisa serão voltados à possibilidade da quebra de confidencialidade, porém será assegurada a privacidade e confiabilidade dos dados em todas as fases do processo, limitando o acesso das informações da pesquisa à pesquisadora e à equipe já definida e, para que a equipe participante da pesquisa tenha acesso às informações contidas nesse estudo, serão utilizadas decodificações das participantes, com intenção de que não sejam identificadas. Os riscos poderão ser considerados mínimos, sem interferência de procedimentos diretos. A entrevista será conduzida em local privativo, com presença apenas do pesquisador na data e horário que você escolher. As participantes serão livres para desistir de cooperar com a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para elas.

Caso você se sinta desconfortável, cansada ou constrangida, há a opção de interromper a entrevista a qualquer momento. Os participantes não terão nenhum gasto com o estudo e não serão remunerados por participarem. Caso ocorra qualquer situação relativa a mal estar durante a coleta de dados, será assegurado encaminhamento ao serviço de saúde e o SAMU pode ser acionado.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meios de contato descritos neste termo. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme a resolução 466/2012 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informamos ainda que os resultados desta pesquisa têm objetivos acadêmicos/científicos e serão divulgados em trabalhos acadêmicos e em artigos científicos, bem como serão disponibilizados para os gestores de saúde.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora, poderá entrar em contato pelo telefone (45) 99912-9304 ou no endereço: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, Cep: 85.851-100. Caso você precise informar algum fato, ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel - PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento que você vai assinar contém 2 páginas.

Você deve assinar com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua e a outra do pesquisador. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Declaro que concordo em participar deste estudo, mas estou ciente de que posso desistir a qualquer momento. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Foz do Iguaçu, ____/____/____



Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável



Assinatura Prof. Orientador

Assinatura do Prof. Orientador

Apêndice 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa **“Enfrentamento da COVID-19 e a assistência materno-infantil”** coordenado pela Prof^a Dra. Adriana Zilly. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa.

Este estudo tem por objetivo analisar o impacto da COVID-19 na assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança nos serviços de saúde dos municípios das Regionais de Saúde de Ponta Grossa, Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, pois trabalha em uma unidade de saúde ou instituição hospitalar ou especializada que objetiva a assistência à gestantes/parturientes/puérperas e/ou crianças. A sua participação consistirá em responder algumas perguntas e/ou conversar com a pesquisadora a respeito das suas perspectivas quanto à assistência pré-natal ao parto, puerpério e seguimento da criança durante a vigência da pandemia de COVID-19.

Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e não será remunerada por sua participação nela. Sua participação é voluntária, sendo assim, não é obrigatória e você está livre para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma forma caso não queira participar; mesmo que já tenha começado a responder as perguntas, você poderá parar a qualquer momento. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você apresentadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material, armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meios de contato descritos neste termo. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme a resolução 466/2012 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os riscos desta pesquisa serão voltados à possibilidade da quebra de confidencialidade, porém será assegurada a privacidade e confiabilidade dos dados em todas as fases do processo, limitando o acesso das informações da pesquisa à pesquisadora e à equipe já definida e, para que a equipe participante da pesquisa tenha acesso às informações contidas nesse estudo, serão utilizadas decodificações dos participantes, com intenção de que não sejam identificados. A entrevista será conduzida em local privativo e será gravada, com presença apenas do pesquisador e do profissional, na data que ele escolher.

Caso o participante sinta-se desconfortável, cansado ou constrangido, há a opção de interromper a entrevista a qualquer momento. Caso ocorra qualquer situação relativa a mal estar, será assegurado encaminhamento ao serviço de saúde e o SAMU pode ser acionado. Os benefícios esperados com esta pesquisa são melhorar a assistência prestada às gestantes, puérperas e crianças a partir da identificação das necessidades dessa população frente à pandemia de COVID-19.

Informamos ainda que os resultados desta pesquisa têm objetivos acadêmicos/científicos e serão divulgados em trabalhos acadêmicos e em artigos científicos, bem como serão disponibilizados para os gestores de saúde das referidas regionais de saúde.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora, o endereço é: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, Cep: 85.851-100, Telefone: (45) 99927-2200. Caso você precise informar algum fato, ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel - PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Eu, _____ fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento que você vai assinar contém 1 página. Você deve assinar com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está

sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua e a outra do pesquisador. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.


Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Foz do Iguaçu, ____/____/____



Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

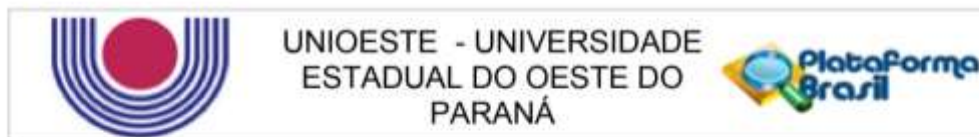


Assinatura Prof. Orientador

Assinatura do Prof. Orientador

ANEXOS

Anexo I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Enfrentamento da COVID-19 e a Assistência Materno-Infantil

Pesquisador: Adriana Zilly

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39060120.1.0000.0107

Instituição Proponente: CCB Colegiado de Ciências Biológicas

Patrocinador Principal: Fundação Araucária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.730.796

Apresentação do Projeto:

Saneamento de pendências da pesquisa:

Título da Pesquisa: Enfrentamento da COVID-19 e a Assistência Materno-Infantil

Pesquisador Responsável: Adriana Zilly

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39060120.1.0000.0107

Submetido em: 24/05/2021

Instituição Proponente: CCB Colegiado de Ciências Biológicas

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Objetivo da Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anteriormente apresentada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3092

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.730.798

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas de acordo com solicitação do Colegiado do CEP Unioeste

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1644193.pdf	24/05/2021 10:07:39		Aceito
Outros	termo_compromisso_terceira.pdf	24/05/2021 09:52:59	Adriana Zilly	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep_FA.docx	24/05/2021 09:39:03	Adriana Zilly	Aceito
Outros	Temo_compromisso_Cascavel.pdf	24/05/2021 08:53:22	Adriana Zilly	Aceito
Outros	termo_compromisso_17.pdf	24/05/2021 08:49:32	Adriana Zilly	Aceito
Outros	termo_compromisso_nona.pdf	24/05/2021 08:48:52	Adriana Zilly	Aceito
Outros	Autorizacao_17.pdf	24/05/2021 08:47:53	Adriana Zilly	Aceito
Outros	autorizacao_SESA.pdf	21/05/2021 15:46:20	Adriana Zilly	Aceito
Outros	autorizacao_terceira.pdf	21/05/2021 15:45:59	Adriana Zilly	Aceito
Outros	autorizacao_decima.pdf	21/05/2021 15:45:32	Adriana Zilly	Aceito
Outros	autorizacao_nona2.pdf	21/05/2021 15:44:50	Adriana Zilly	Aceito
Outros	autorizacao_nona1.pdf	21/05/2021 15:44:11	Adriana Zilly	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_III_TCLE.docx	20/05/2021 16:52:04	Adriana Zilly	Aceito
Outros	doc_autorizacao.pdf	09/10/2020 09:52:50	Adriana Zilly	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_SMS_FOZ.jpeg	09/10/2020 09:51:45	Adriana Zilly	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma.pdf	09/10/2020 09:12:49	Adriana Zilly	Aceito
Outros	Apendice_VI_profissionais_atendimento_hospitalar.docx	08/10/2020 15:32:24	Adriana Zilly	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



UNIOESTE - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.730.798

Outros	Apendice_VII_profissionais_APS.docx	08/10/2020 15:24:32	Adriana Zilly	Aceito
Outros	Apendice_V_usuarias_APS.docx	08/10/2020 15:22:59	Adriana Zilly	Aceito
Outros	Apendice_IV_usuarias_atendimento_hospitalar.docx	08/10/2020 15:22:24	Adriana Zilly	Aceito
Declaração de concordância	Formularios_de_pesquisa_Anexos_III_I V.pdf	08/10/2020 11:47:07	Adriana Zilly	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 24 de Maio de 2021

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCADEL
Telefone: (45)3220-3092 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Página 03 de 03

Anexo II: Aprovação do campo de pesquisa.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Adriana Zilly, docente do Programa de Mestrado Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, venho solicitar autorização da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), para realização da pesquisa aprovada no edital 'Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS Edição 2020/2021', da Fundação Araucária, Paraná.

O respectivo projeto tem como tema: "Enfrentamento da COVID-19 e a Assistência Materno-Infantil", com o objetivo de avaliar o impacto da COVID-19 na assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança nos serviços de saúde dos municípios das Regionais de Saúde (RS) de Ponta Grossa (3), Foz do Iguaçu (9), Cascavel (10), Maringá (15) e Londrina (17).

A coleta de dados será realizada em três etapas: 1) no hospital, por meio de instrumento contendo variáveis a serem levantadas, 2) na atenção básica e 3) com visita domiciliar em seis meses após o parto. Ressalta-se que o projeto de pesquisa será primeiramente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE, e para as entrevistas será necessário que todas as participantes assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual apresentará os objetivos do estudo e a forma de coleta de dados para que possam acenar sua anuência, caso queiram participar da pesquisa, bem como desistir de participar a qualquer momento da pesquisa.

Portanto, solicito à SESA/PR, o direito de utilizar os dados obtidos de forma anônima e confidencial, coletados apenas para fins de pesquisa. Fica claro também a garantia de esclarecimento antes e durante a pesquisa sobre a metodologia aplicada ou qualquer outra dúvida. Em tempo, a referida secretaria não terá custos para a realização deste trabalho.

Assinaremos o presente documento em duas vias de igual teor, ficando uma em posse da Diretora da SESA/PR e outra com a pesquisadora. A sua assinatura neste termo de consentimento dará autorização à autora da pesquisa a utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos e publicação dos resultados obtidos, tanto para os participantes quanto para a comunidade científica, no caso desta última, sempre serão resguardados a privacidade e o anonimato.

Dra. Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e
Vigilância em Saúde

Dra. Adriana Zilly
Pesquisadora