

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

Pamela Aracely Ayala Fernández

**Assistência pré-natal em época de pandemia COVID-19 em região da
Faixa de Fronteira**

**FOZ DO IGUAÇU
2023**

PAMELA ARACELY AYALA FERNÁNDEZ

Assistência pré-natal em época de pandemia COVID-19 em região da Faixa de Fronteira

Versão Original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira ao 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. Adriana Zilly

Foz do Iguaçu
2023

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

Ayala Fernández, Pamela Aracely
Assistência pré-natal em época de pandemia COVID-19 em
região da Faixa de Fronteira / Pamela Aracely Ayala
Fernández; orientadora Adriana Zilly. -- Foz do Iguaçu, 2023.
66 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico 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, 2023.

1. : Pré-natal. 2. Saúde materno-infantil. 3. COVID-19.
I. Zilly, Adriana, orient. II. Título.

FERNÁNDEZ, P. A. A. **Assistência pré-natal em época de pandemia COVID-19 em região da Faixa de Fronteira.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

Aprovada em: __10__/_10___/_2023___

Banca Examinadora

Profa. Dra. Adriana Zilly

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná –Unioeste

Profa. Dra. Denise Rissato

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná –UUnioeste

Profa. Dra. Gladys Amelia Velez Benito

Instituição: Universidade Federal da Integração Latino Americana – Unila

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela oportunidade que tive de realizar mais um sonho, o acesso a uma educação melhor.

Aos meus pais, minha família, por sempre me apoiarem em tudo, por nunca me soltarem nos momentos difíceis.

Ao meu namorado, Fabio, porque foi o meu sustento quando fraquejava; e a meu filho Josué, por sempre colaborar comigo.

A minha orientadora, Profa. Dra. Adriana Zilly, pelo carinho, parceria e por me apoiar e incentivar a sempre melhorar.

Aos professores doutores da Banca, Profa. Dra. Adriana Zilly, Profa. Dra. Denise Rissato, e Profa. Dra. Gladys Amelia Velez Benito por aceitarem ser parte desse momento.

A Profa. Gladys Amelia Velez Benito porque confiou sempre em mim, e graças ao seu incentivo cheguei onde estou.

À Fundação Araucária e à Capes pelo apoio financeiro, por incentivar os estudantes a se interessarem mais pela pesquisa e por fomentar o conhecimento.

RESUMO

FERNÁNDEZ, P. A. A. **Assistência pré-natal em época de pandemia COVID-19 em região da Faixa de Fronteira**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

A pandemia por COVID-19 representou um dos maiores desafios sanitários em escala mundial deste século, e o impacto gerado está relacionado ao crescimento da taxa de internação e mortalidade pela doença. Este estudo teve por objetivo analisar a assistência pré-natal em tempos de COVID-19 nas 9ª e 10ª Regionais de Saúde do Estado do Paraná. Trata-se de uma pesquisa comparativa, de delineamento transversal e caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa. O instrumento utilizado foi um questionário fechado, com as entrevistas realizadas no Hospital Ministro Costa Cavalcanti e no Hospital Universitário da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, no ano de 2021. Para análise dos dados, o nível de significância adotado foi de 5% e o programa computacional usado foi o IBM SPSS Statistics, versão 19 para Windows. Foram entrevistadas 804 mulheres nas duas regionais de saúde. A faixa etária predominante foi de 21 a 40 anos (82,0%), brancas (56,0%) e com mais de 9 anos de estudo (86,0%); muitas gestantes desenvolveram doenças durante o período da pandemia (55,9%), algumas positivaram para a COVID-19 (16,0%), principalmente no terceiro trimestre da gestação (39,7%), outras precisaram de um especialista (33,1%) e sofreram intercorrência no período da gravidez (34,7%). Em relação ao número de consultas, a média das Regionais foi em torno de 10 consultas; sobre a classificação de risco, a maior frequência foi do risco habitual (56,0%), com a unidade básica de saúde se destacando como local de realização do pré-natal (72,9%). As gestantes fizeram testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis, sobressaindo-se uma boa adesão e ofertas para a detecção dessas doenças; a vacina da COVID-19 teve baixa recepção (80,1%), e as medidas estabelecidas da COVID-19 nas regionais de saúde foram bem sucedidas. Com este estudo, constatou-se que, apesar de todas as intercorrências relativas à COVID-19, a assistência à saúde materno-infantil ocorreu de forma satisfatória.

Palavras-chave: Pré-natal; Saúde materno-infantil; COVID-19.

ABSTRACT

FERNÁNDEZ, P. A. A. **Prenatal Care during the COVID-19 pandemic in a Triple Border Strip.** Dissertation (Master's in Public Health) – Center for Education, Languages and Health, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

The COVID-19 pandemic represented one of the biggest global health challenges of this century, and the impact generated is related to the growth in hospitalization and mortality rates due to the disease. This study aimed to analyze prenatal care in times of COVID-19 in the 9th and 10th Health Regions of the State of Paraná. This is a comparative study, with a cross-sectional and retrospective design, applying a quantitative approach. The tool used was a closed questionnaire, with interviews carried out at Hospital Ministro Costa Cavalcanti and at the university hospital of Universidade Estadual do Oeste do Paraná, in the year 2021. For data analysis, the level of significance adopted was 5%, and the IBM SPSS Statistics program, version 19 for Windows, was used. A total of 804 women were interviewed in the two health regions. The predominant age group was 21 to 40 years old (82.0%), Caucasian (56.0%) and with more than 9 years of education (86.0%); many pregnant women developed illnesses during the pandemic period (55.9%), some tested positive for COVID-19 (16.0%), mainly in the third trimester of pregnancy (39.7%), others needed specialist care (33.1%) and suffered complications during pregnancy (34.7%). Regarding the number of appointments, the average in the health regions was around 10 appointments; concerning risk classification, the highest frequency was usual risk pregnancies (56.0%), with the primary healthcare unit standing out as the place for prenatal care (72.9%). Pregnant women underwent rapid tests for Sexually Transmitted Infections, showing good adherence and availability for detecting these diseases; the COVID-19 vaccine had low acceptance (80.1%), and the established COVID-19 measures in the health regions were successful. This study found that, despite all the complications related to COVID-19, maternal and child healthcare was provided satisfactorily.

Keywords: Prenatal Care; Maternal and Child Health; COVID-19

RESUMEN

FERNÁNDEZ, P.A. A. **Atención prenatal en tiempos de pandemia COVID-19 en región de la franja de la Triple Frontera.** Disertación (Maestría en Salud Pública) – Centro de Educación, Letras y Salud, Universidad del Estado del Oeste del Paraná, Foz de Iguazú, 2023.

La pandemia de COVID-19 representó uno de los mayores desafíos de salud global de este siglo y el impacto generado está relacionado con el crecimiento de las tasas de hospitalización y mortalidad por la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo analizar la atención prenatal en tiempos de COVID-19 en la 9ª y 10ª Región Sanitaria del estado de Paraná. Se trata de una investigación comparativa, con un diseño transversal, de carácter retrospectivo, con enfoque cuantitativo. El instrumento utilizado fue un cuestionario cerrado, las entrevistas fueron realizadas en el Hospital Ministro Costa Cavalcanti y en el Hospital Universitário da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, en el año 2021. Para el análisis de los datos, el nivel de significancia adoptado fue del 5% y el programa informático utilizado era IBM SPSS Statistics versión 19 para Windows. Se entrevistaron 804 mujeres en las dos regiones sanitarias. El grupo etario predominante fue el de 21 a 40 años (82,0%), mujeres blancas (56,0%) y con más de 9 años de escolaridad (86,0%), muchas gestantes desarrollaron enfermedades durante el período de pandemia (55,9%), algunas se hicieron pruebas. positivo a COVID-19 (16,0%), principalmente en el tercer trimestre del embarazo (39,7%), varias de las gestantes necesitaron un especialista (33,1%) y sufrieron algún incidente durante el embarazo (34,7%). Dentro del número de consultas, el promedio regional rondó las 10 consultas; en cuanto a la clasificación de riesgo, la mayor frecuencia fue el riesgo habitual (56,0%), se destaca la unidad básica de salud como lugar de atención prenatal (72,9%), las gestantes realizaron pruebas rápidas para Infecciones de Transmisión Sexual, donde se encontró buena adherencia y oferta para la detección, la vacuna contra el COVID-19 tuvo una baja recepción (80,1%) y las medidas contra el COVID-19 establecidas en las regiones sanitarias fueron exitosas. Con este estudio se constató que, a pesar de todas las complicaciones relacionadas con el COVID-19, la atención de la salud materno infantil se dio de manera satisfactoria.

Palabras Clave: Prenatal, Salud Materno-infantil, COVID-19.

Lista de Tabelas e Figura

Figura 1 – Mapa das regionais de saúde do estado do Paraná, 2022.....	28
Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das gestantes em período de pandemia da COVID-19 na 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil.....	33
Tabela 2 – Antecedentes clínicos antes de engravidar das mulheres das 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil.....	34
Tabela 4 – Adequação do pré-natal em período de pandemia da COVID-19, nas 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil.....	36
Tabela 5 – Testes rápidos e vacinação nas mulheres que realizaram o pré-natal em período de pandemia da COVID-19, nas 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil.....	37
Tabela 6 – Medidas de prevenção da COVID-19 na 9ª e 10ª Regionais de Saúde, agosto a dezembro, 2021, PR, Brasil.....	39

Lista de Siglas

AGAR	Ambulatório de Gestação de Alto Risco
APS	Atenção Primária � Saúde
CGBP	Casa da Gestante Bebê e Puérpera
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CMI	Centro Materno Infantil
CPN	Centro de Parto Normal
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGg	Imunoglobulina G
MABs	Maternidades de Baixo Risco
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MERS	Síndrome do Oriente Médio
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Plano Nacional de Imunização
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RMP	Rede Mãe Paranaense
RPMO	Ruptura Prematura de Membranas Ovulares
RS	Regional de Saúde
SE	Semana Epidemiológica
SESA	Secretaria de Estado de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema �nico de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFA	Fundo de População das Nações Unidas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil

Sumário

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	20
4.2	PANDEMIA DA COVID-19 E GESTAÇÃO	22
4.3	IMPACTO DA PANDEMIA NA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL.....	24
5	MATERIAS E MÉTODOS	27
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA	27
5.2	TIPO DE ESTUDO	27
5.3	LOCAL DO ESTUDO	27
5.4	SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	29
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	29
5.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	29
5.7	FONTE DE DADOS	30
5.8	COLETA DE DADOS	30
5.9	ANÁLISE DOS DADOS E ASPECTOS ÉTICOS	31
6	RESULTADOS	32
7	DISCUSSÃO	40
8	CONCLUSÕES	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	60
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
	ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	64

1 INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Pandemia da COVID-19, causada pelo vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) (OMS, 2020a). Essa doença foi identificada inicialmente em Wuhan, China, como a causadora de uma pneumonia grave em um grupo de pessoas, no final de 2019, espalhando-se rapidamente pela China e pelo mundo (OMS, 2020b; MCLINTOSH, 2020). O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus encontrado em amostras de lavado broncoalveolar de pacientes portadores da desconhecida pneumonia de Wuhan. Estepertence à família Coronaviridae e compõe o grupo de sete coronavírus que infectaram o ser humano, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e a Síndrome do Oriente Médio (MERS) (REN *et al.*, 2020).

A pandemia por COVID-19 representou um dos maiores desafios sanitários em escala mundial deste século (BRITO *et al.*, 2020). O Ministério da Saúde (MS) descreve que os sintomas da COVID-19 podem variar de um resfriado a uma Síndrome Gripal e/ou até a uma pneumonia severa (BRASIL, 2020a). O impacto gerado pela COVID-19 está relacionado ao crescimento da taxa de internação e mortalidade pela doença. As medidas preventivas para evitar o contágio viral baseou-se no isolamento domiciliar dos casos suspeitos, no uso de máscaras e no distanciamento social da população em geral (SAFADI, 2020).

O elevado avanço da pandemia ocasionou taxas de casos e óbitos em constante variação. No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. No dia 17 de março, foi registrada a primeira morte pela doença no país (BRASIL, 2020b). Como resultado do número de casos da COVID-19, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) realizou a adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas (BRASIL, 2020c) e, com isso, surgiu o Boletim Epidemiológico Especial.

Talfoi o impacto dessa doença que, na Semana Epidemiológica (SE) quarenta e nove de 2022, que foi até o dia 10 de dezembro de 2022, foram confirmados 648.704.631 casos de COVID-19 no mundo, com o Brasil ocupando o quinto lugar entre os países com mais casos notificados (BRASIL, 2022). No que diz respeito aos óbitos, foram confirmados 6.652.105 no mundo até o dia 3 de dezembro de 2022, com o Brasil ocupando o segundo lugar, com 690.747 óbitos naquele ano. Por conta disso, a taxa de incidência acumulada ficou registrada em 16.798 casos por 100 mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade acumulada foi de 326,2 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2022).

Tosse, dor de garganta, coriza e anosmia estão entre sintomas mais comuns da COVID-19, porém, em casos mais graves, o desfecho foi o óbito. No caso das gestantes, que constituem a população estudada nesta pesquisa, além dos sintomas citados, foi constatado que estas entravam em trabalho de parto com menos de 34 semanas, levando a um desfecho desfavorável e à possível morte materna (MASCARENHAS *et al.*, 2020). Os casos de SRAG que correspondem a gestantes foram de 5.474 em mulheres grávidas, na SE quarenta e nove de 2022. Os casos confirmados COVID-19 correspondem a 3.332 (60,9%) do total de gestantes hospitalizadas por SRAG, e os locais onde se apresenta o maior registro de casos de SRAG por COVID-19 gestantes até essa semana verificaram-se, em ordem decrescente de casos, os estados de São Paulo (874), Paraná (547) e Santa Catarina (308) (BRASIL, 2022).

Por si só, a COVID-19 é um problema grave, considerada sistêmica, aumentando os riscos para a mulher em período de gravidez por apresentar mudanças fisiológicas que a deixam mais suscetível a doenças (ALBUQUERQUE; MONTE; ARAÚJO, 2020). Martins e outros autores (2022) afirmam que no início da pandemia, as grávidas não eram consideradas grupos de risco, somente após o agravamento da situação em escala mundial e com o avanço das pesquisas é que elas se tornaram alvo de maior atenção em decorrência do real nível de gravidade da doença, que expunha sua vida e a do bebê. A infecção por SARS-CoV-2 em gestantes está relacionada às taxas mais altas de parto prematuro e cesariana em comparação com pessoas não infectadas (BHERING *et al.*, 2021).

Compreende-se que o atendimento às mulheres no parto e nascimento carece do mínimo de exposição possível, com visitas hospitalares restritas e com protocolos bem definidos. No entanto, essa condição pode afetar o estado emocional da mulher durante sua experiência de parto e nascimento. Todavia, durante o período pandêmico, com as preocupações direcionadas ao contágio e transmissão vertical aos seus bebês (LEE *et al.*, 2020), elas também apresentavam apreensões e inseguranças frente às possíveis complicações que poderiam vir a manifestar-se tanto nelas quanto no bebê. Logo, as mulheres temiam e/ou presumiam desfechos negativos no tocante ao parto diante da pandemia (COTARELO *et al.*, 2020).

Com a implementação de medidas de isolamento social, os desafios para a saúde materno-infantil aumentaram consideravelmente (CEULEMANS *et al.*, 2020). Esse cenário gerou um impacto profundo nas políticas de saúde pública. Houve sobrecarga nos centros de saúde devido aos esforços no combate à pandemia, escassez de suprimentos e de equipamentos e falta de pessoal qualificado para assistir o parto, uma vez que os profissionais de saúde foram remanejados para tratar pacientes com COVID-19 (BRASIL, 2020a).

O cenário desta pesquisa se situa no Estado do Paraná e compreende especificamente as 9ª e 10ª Regionais de Saúde (RS), as quais possuem um intenso fluxo de pessoas que se deslocam na região transfronteiriça (BRASIL, 2017). Essa região atende pessoas não residentes no país, possui deficiência de recursos para abastecer os gastos com estrangeiros e número insuficiente de profissionais na assistência para suprir a demanda gerada pelos usuários estrangeiros (HORTELAN *et al.*, 2019). A busca de serviços por pessoas de outros países baseia-se na qualidade de serviços de saúde que é superior no Brasil comparado com a assistência ofertada nos países de origem (HORTELAN *et al.*, 2019).

Por conta da pandemia da COVID-19, o sistema de saúde foi reorganizado e alguns municípios deram maior importância apenas ao atendimento de sintomas respiratórios, ficando em segundo plano a atenção pré-natal (PEREIRA *et al.*, 2020). No início, com todos os esforços envisados para o combate à pandemia, havia obstáculos na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares considerados eletivos, bem como falta de uma rede organizada e estruturada de serviços primários para garantir a prestação de cuidados de saúde. Naquele contexto, foi necessário considerar como os serviços de saúde brasileiros se organizaram para manter o cuidado em resposta a situações de maior vulnerabilidade, dado o agravamento dos problemas de acesso e qualidade que já existiam antes da pandemia (BUKHARI *et al.*, 2023).

Três situações foram identificadas como as principais responsáveis pelas mortes maternas no Brasil. Primeiro, a demora na identificação e testagem de gestantes com sintomas de COVID-19. Em segundo lugar, o atraso na internação hospitalar de mulheres diagnosticadas com COVID-19. Terceiro, o atraso na prestação de tratamento oportuno nas unidades de terapia intensiva (UTI) (DINIZ; BRITO; RONDON, 2022). Nesse sentido, o manejo adequado da gravidez durante a pandemia de COVID-19 foi uma questão difícil (SAHIN; KABAĞCI, 2020).

Para mitigar os transtornos gerados pelas mudanças na rede de atenção à saúde, alguns estabelecimentos de saúde utilizaram tecnologias de comunicação e telemedicina para acompanhamento pré-natal e continuidade do cuidado. As tecnologias de comunicação podem oferecer novas possibilidades para manter vínculos entre profissionais de saúde e pacientes, monitorar gestantes, principalmente as afetadas pela COVID-19, evitando a descontinuidade do cuidado (ALMUSLIM; ALDOSSARY, 2022; LAMY *et al.*, 2023). Por isso as descobertas quanto aos efeitos da pandemia nas mulheres em estado de gravidez auxiliam na identificação e compreensão dos fatores com o fito de nortear os esforços destinados a amenizar os desfechos desse momento histórico (ARRUDA; SOUZA, 2022).

Com o intuito de compreender como se deu o atendimento do pré-natal,

especificamente na 9ª e 10ª RS, esta pesquisa tem como pergunta norteadora ‘Como foi a assistência pré-natal na época de pandemia da COVID-19 na região de faixa de fronteira?’.

2 JUSTIFICATIVA

A gravidez é um evento fisiológico que provoca uma série de modificações físicas e psicológicas nas mulheres, mudando sua existência. Muitas tendem a manifestar sentimentos como medo e ansiedade relacionados ao ciclo de gravidez. O aparecimento da pandemia da COVID-19 fez com que novos medos e anseios surgissem entre as grávidas (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020). Mesmo nos momentos mais críticos da pandemia, as mulheres continuaram engravidando e conseqüentemente parindo seus filhos, em um cenário no qual emergiam inúmeras dúvidas (GÓES *et al.*, 2020).

Nos tempos de COVID-19, foi desafiador realizar o cuidado com as mulheres no ciclo gravídico, pois atender a demanda requer adaptação do profissional responsável (ESTRELA *et al.*, 2020). As grávidas, diante das especificidades desse período, deveriam ser assistidas a partir de um modelo de atenção integral, universal e equânime pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUSA; BRITO, 2018).

A atenção redobrada é fundamental para gestantes com comorbidades, especialmente diabetes, com risco de descontrole glicêmico e evolução para forma grave da doença e hipertensão, com maior risco de evolução para pré-eclâmpsia e suas conseqüências (LAJOS; LUZ; VALLE, 2020). Pesquisa demonstrou que a infecção por COVID-19 está associada ao desfecho materno adverso em presença de comorbidades e aumenta razoavelmente o risco de óbito nas mulheres acometidas (HEALY, 2021).

No contexto de pandemia, observou-se maior vulnerabilidade em mulheres e em recém-nascidos, somada ao agravamento nos problemas vinculados ao acompanhamento perinatal, segurança no do nascimento e no tratamento em casos de complicações (GRAHAN *et al.*, 2020).

Em se tratando deste estudo, o contexto da tríplice fronteira, tem-se a cidade de Foz de Iguaçu, que faz parte da 9ª RS e possui vinte e nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo o Centro Materno Infantil (CMI) o local que presta serviço de acompanhamento pré-natal para gestantes brasileiras residentes no exterior (Argentina e Paraguai). O termo “brasiguai/a” é utilizado para quem reside na Argentina ou Paraguai e que tem nacionalidade brasileira ou é nascido nesses países e tem descendência direta (filhos e netos de brasileiros), e possui direito à saúde no Brasil (FABRINI, 2019; COLOGNESE, 2012).

O CMI, criado com o objetivo específico de atender as brasiguaias, não exclui a possibilidade de que o serviço também seja utilizado por gestantes brasileiras residentes em território nacional e por estrangeiras, desde que cumpram os requisitos legais, isto é, possuam

relação marital legal com brasileiro ou que sejam filhas de brasileiros e comprovem o domicílio (MELO; GONÇALVES; VICTORA, 2015). Além disso, a maior demanda das gestantes brasiguaias ocorre no momento do parto, e para isso procuram um Centro Obstétrico referência regional em partos com riscos e complicações maternas. Dados publicados pelo Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), referência para gestação de alto risco na 9ª RS, informam que ali ocorrem em média 400 partos por mês (HMCC, 2023), enquanto que o Hospital Univeritário do Oeste do Paraná (HUOP) realizou, no ano 2021, um total 3.804 partos realizados no Centro Obstétrico, cerca de 317 partos por mês (SESA, 2022b).

Inaugurado em 1º de julho de 1979, o HMCC foi estabelecido com o propósito de atender a uma população de 40 mil pessoas. O objetivo foi proporcionar atendimento hospitalar aos operários e seus familiares que se deslocaram para Foz do Iguaçu para participar da construção da maior hidrelétrica do mundo na época, a Itaipu Binacional, a partir de 1975 (HMCC, 2023).

No que tange à 10ª RS, esta possui o HUOP, cuja construção teve início em 1977 com a finalidade de se tornar um hospital regional para atender os trabalhadores da Usina Hidrelétrica de Itaipu e a população da região Oeste. Entretanto, por motivos políticos, a construção foi interrompida em 1982, sendo retomada em 1987 e concluída em 1989. Pela sua capacidade operacional, é classificado como hospital de médio porte e alta complexidade, oferecendo atendimento de urgência e emergência e atuando como referência para as regiões Oeste e Sudoeste do Paraná (UNIOESTE, 2020).

Desde o ano 2000, o setor maternidade do HUOP contou com 30 leitos e, desde então, funciona como espaço de alojamento conjunto. O HUOP desempenha papel de serviço de referência em alta complexidade na área de saúde materno-infantil, atendendo demanda das regiões Oeste e Sudoeste do Paraná, além de atender as populações do Mato Grosso do Sul. E do mesmo modo que a 9ª RS, também recebe pacientes de países vizinhos, como Paraguai e Argentina (SESA, 2022a). Além disso, dentre os princípios do sistema de saúde brasileiro está o de universalidade e integralidade, que instituem a possibilidade de acesso da população fronteiriça (BRASIL, 1998).

As peculiaridades fronteiriças podem influenciar de forma considerável na morbimortalidade materna, infantil e neonatal que se relaciona diretamente com a qualidade do atendimento pré-natal (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Especialmente em região de fronteira, por ser uma área com amplo fluxo de pessoas de diferentes etnias, culturas e condições sociodemográficas, como é a cidade de Foz do Iguaçu, há uma movimentação de estrangeiros

em busca de atendimento (MELLO; GONÇALVES; VICTORA,2015).

Como medida para evitar a propagação geográfica do novo coronavírus, todos os países que conformam o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), assim como outras regiões do mundo, adotaram medidas sanitárias para restringir a circulação de pessoas. Todos os países fecharam suas fronteiras terrestres nas semanas subsequentes à declaração OMS, classificando a pandemia da COVID-19 com a finalidade de limitar a entrada de estrangeiros não residentes nos seus países. Com essa medida, a mobilidade transfronteiriça foi altamente impactada (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2020).

O controle sanitário das zonas de fronteiras tem sido um desafio para os gestores da saúde em vista do cenário pandêmico provocado pela COVID-19 e com a reabertura da fronteira em outubro de 2020 (BRASIL, 2020b). No cenário pandêmico, os sistemas de saúde experimentaram desafios significativos na prestação de serviços essenciais de saúde (OPAS, 2022).

Estudos apontam que, em alguns países, mulheres grávidas têm recebido menos cuidado do que necessitam. Como resultado, verifica-se aumento no número de natimortos sem relação direta com a COVID-19, mas em decorrência dos efeitos secundários da pandemia (WATSON, 2020). Dessa forma, além da maior vulnerabilidade observada em mulheres e em recém-nascidos, há um agravamento nos problemas relacionados ao acompanhamento perinatal, segurança no momento do nascimento e no tratamento em casos de complicações (GRAHAN *et al.*, 2020).

Ao considerar alguns efeitos da pandemia da COVID-19, pode-se citar o estudo de Coutinho *et al.* (2020), o qual indica que esse período de isolamento social favoreceu maiores oportunidades de relações sexuais pelo fato de os parceiros estarem juntos no domicílio por um período maior, ocasionando um alto número de gravidez. Porém, não houve nenhuma nova medida que diminuísse os efeitos da contracepção, como facilitar o acesso aos métodos contraceptivos de longa duração a exemplo do dispositivo intrauterino (DIU) e do implante subcutâneo (ARRUDA; SOUZA, 2022).

Muitas grávidas deixaram de ir aos postos de saúde no início da pandemia por conta do medo e do risco de contaminação pela COVID-19. Estudos indicam que diminuiu a taxa média de consultas por causa dos cancelamentos das consultas pré-natais (CHISINI *et al.*, 2021; BEESON *et al.*, 2021). Outro dado relevante é que a taxa de letalidade materna como causa da COVID-19 no Brasil, em 2021, foi de 7,2% (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021). No ano 2021, a razão de mortalidade materna atingiu 107.53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, e em 2019, o número era de 55.31 a cada 100 mil nascidos vivos; já em 2020, obteve-se um

total de 71.97 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (UNFPA, 2022).

Diante do exposto e visando a entender melhor o contexto pandêmico, na sequência traça-se o perfil de mulheres atendidas nas 9ª e 10ª RS com o objetivo de compreender quais associações poderiam ser vinculadas aos desfechos perinatais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAL

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a assistência pré-natal em tempos de COVID-19 nas 9ª e 10ª Regionais de Saúde do Estado do Paraná.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Traçar o perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram o pré-natal nos municípios das 9ª e 10ª Regionais de Saúde do Paraná no período de pandemia de COVID-19.
2. Identificar os cuidados utilizados para a prevenção do novo coronavírus na atenção primária à saúde das mulheres durante o pré-natal nas 9ª e 10ª RS do Paraná.
3. Analisar as condições clínicas de gestantes que realizaram o pré-natal nas 9ª e 10ª RS do Paraná durante a pandemia da COVID-19.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura compreende os seguintes tópicos: Políticas Públicas de atenção à saúde da mulher, pandemia da COVID-19 e gestação, assim como o impacto da pandemia na assistência materno-infantil.

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Quando uma mulher está grávida, traz consigo mudanças constantes e intensas, e tem sua vida afetada em diversos âmbitos, seja comportamental, físico ou psicológico. Por essa razão, distintas categorias profissionais têm muito a contribuir com o cuidado às gestantes (MARQUES *et al.*, 2020).

A assistência pré-natal possui como um de seus objetivos é diminuir os índices de mortalidade materno-infantil. Para Silva e outros autores (2016), a atenção obstétrica de qualidade ofertada pelos serviços de saúde constituem um papel importante na diminuição dos indicadores de mortalidade; dessa maneira, as instituições de saúde precisam de profissionais competentes para aumentar o cuidado das mulheres e crianças com segurança na gestação e nascimento (SILVA *et al.*, 2016). A atenção pré-natal envolve ações de educação em saúde, identificação de riscos, prevenção e tratamento de complicações e agravos, o que exige planejamento e estruturação para assegurar acesso e a continuidade do cuidado com efetiva integralidade da assistência, visando a promover a saúde da mãe e da criança (CUNHA *et al.*, 2019).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) referente às crianças menores de um ano teve um descenso nas últimas décadas no Brasil perante as ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e outros fatores. Os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos (NV), em 1990, para 13,3 óbitos infantis por mil NV até o ano 2015. No ano 2016, observou-se aumento da TMI, passando para 14,0. De 2017 a 2019, voltou ao patamar de 2015 de 13,3 óbitos por mil NV, e em 2021 foi para 11,2 (BRASIL, 2012; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021; BRASIL, 2021). Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada (BRASIL, 2012).

Muitas iniciativas foram desenvolvidas, a partir do ano 2000, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e

Neonatal; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal; o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal (PQM RP); o plano de ação para acelerar a redução da mortalidade e morbidade materna grave; a política de Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – denominada Rede Cegonha. Especificamente no Paraná, no ano 2012, a Secretaria de Estado da Saúde desse estado (SESA) implantou a Rede Mãe Paranaense (RMP)(BRASIL, 2002; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; SESA, 2012).

O MS, considerando a importância do acompanhamento do trabalho de parto e propriamente o parto, visando à redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal e ante a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal, criou o Programa de Humanização ao Pré-natal e nascimento (BRASIL,2002). Esse programa foi instituído por meio da Portaria/GM nº569/2000, em conjunto com a Humanização do SUS, cujo objetivo é o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto e o puerpério à gestante.Suas finalidades são reduzir as taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal; adotar medidas que melhoram o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto, o puerpério e o neonatal; e ampliar as ações do MS na área de atenção à gestante (BRASIL, 2002).

A Rede Cegonha é uma rede temática instituída em 2011 estratégias do MS no âmbito do SUS, por meio da Portaria n.º 1.459 (BRASIL, 2011).Tal estratégia visa concretizar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2011).

No ano 2012, no Estado do Paraná, foi instaurada a RMP, que surge da experiência do Programa Mãe Curitibana com um conjunto de ações que se iniciam com a captação precoce da gestante, seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (SESA, 2012).

As estratégias utilizadas pela RMP para garantir uma rede de atenção materno-infantil com padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com mínima ocorrência de óbitos materno-infantis são: melhorar a qualidade e a responsabilidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério; implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Materno-Infantil; implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança; vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme

estratificação de risco; melhorar a assistência ao pré-natal de risco e o acompanhamento das crianças de risco menores de um ano; implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco; disponibilizar exames de apoio e diagnóstico de pré-natal padronizados pela linha guia (SESA, 2022).

A partir de 2022, foi instaurada a Linha de Cuidado Materno Infantil, em substituição à RMP. Essa nova linha tem por finalidade melhor organização nos âmbitos de atenção e assistência no cuidado do pré-natal, além da garantia do melhor cuidado no parto, puerpério e seguimento da criança até dois anos (SESA, 2022a).

Além desses programas, no Brasil, existe um programa de puericultura que engloba um conjunto de medidas e cuidados preventivos capazes de orientar a promoção da saúde e do bem-estar, assim como possibilitar a resolução de problemas que afetam as mulheres gestantes (BRASIL, 2012). Com esse entendimento, o MS preconizou como meta ideal para o atendimento em puericultura o número mínimo de consultas no primeiro ano de vida da criança a fim de garantir a qualidade desse atendimento à gestante na proposta de um calendário mínimo de sete consultas (BRASIL, 2012). Segundo a Linha Guia Materno Infantil, que estabelece critérios para garantir o cuidado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer, a identificação do recém-nascido (RN) de risco habitual, intermediário e de alto risco possibilita oferecer cuidados diferenciados para essas crianças (SESA, 2022a).

Em abril de 2022, em substituição à Rede Cegonha, a Portaria GM/MS n.º715 instaura a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), reestruturada para garantir o atendimento, a assistência ao planejamento familiar e o nascimento seguro para a criança, tendo como foco desde a Atenção Primária até a Atenção Hospitalar. O aprimoramento da assistência também conta com o fortalecimento das maternidades e a criação dos ambulatórios de assistência à gestante com alto risco para complicações (BRASIL, 2022a). Com essa nova proposta, há a possibilidade de incorporar a Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP) em MABs portes II e III. Com relação ao Centro de Parto Normal (CPN), conta com a inclusão do médico obstetra à equipe, garantindo uma assistência multiprofissional, segura e de qualidade (BRASIL, 2022a).

4.2 PANDEMIA DA COVID-19 E GESTAÇÃO

Desde 2019, a pandemia do novo coronavírus mudou o quadro global e a organização dos serviços de saúde. O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi registrado em fevereiro

desse ano e desde então, até dezembro de 2020, quase 200 mil vidas foram perdidas e quase oito milhões de casos notificados.

No contexto atual, estão registrados mais de 30 milhões de casos e 687 mil óbitos (BRASIL, 2022). Os problemas relacionados aos sistemas de saúde e a capacidade de lidar com as consequências da pandemia em todo o mundo estão sendo bem documentados na literatura, e as limitações vão muito além de atender os casos da COVID-19. Os problemas também estão vinculados ao atendimento das demais demandas de saúde da população (SOUSA *et al.*, 2021).

Devido à consideração da OMS sobre o caráter pandêmico da COVID-19, instituições públicas e privadas passaram a adotar medidas de controle baseadas no que se conhecia sobre a doença. O momento requeria uma visão integral que atendesse todas as solicitações diante de uma doença que segue em constante estudo. As exigências quanto às medidas de prevenção, sobretudo as de isolamento e consequente diminuição da circulação de pessoas, passaram a ser orientadas pelas autoridades (OPAS, 2020). A pandemia tem causado na populações mundiais inúmeras repercussões na saúde, especialmente nos mais vulneráveis como os idosos, pessoas com comorbidades e gestantes (TEIXEIRA *et al.*, 2020). O MS incluiu, em março de 2020, as gestantes como do grupo de risco à COVID-19.

Mesmo com informações limitadas, existem registros na literatura de complicações maternas por causa da infecção do coronavírus, como ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO), pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão. Ademais, pneumonia, baixo peso ao nascer, asfixia, morte perinatal, erupção cutânea e coagulação intravascular disseminada foram algumas das complicações neonatais que ocorreram (SOUZA *et al.*, 2020). Outro estudo demonstrou uma associação entre infecções virais maternas e desfechos fetais (PEREIRA; WENDT, 2020). Em razão dessas repercussões, o MS identificou as gestantes como grupo de risco por tenderem a mostrar desfechos piores quando contaminadas (LÉLIS *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020), e ainda mulheres grávidas ou em período puerperal podem apresentar risco aumentado de doença grave (MOSTARDEIRO *et al.*, 2020).

As grávidas ou em período puerperal foram classificadas, de acordo com o risco em relação à COVID-19, em três cores: verde, amarelo e vermelho. A cor verde era designada a casos como afebril e ausência de sintomas respiratórios; amarelo a indícios para casos leves; com sintoma respiratório ou histórico de febre; e por último o vermelho para casos com algum sinal de gravidade (MENDONÇA; RIBEIRO FILHO, 2021). Portanto, é relevante que as gestantes com doenças respiratórias fossem monitoradas e acompanhadas, principalmente

aquelas diagnosticadas com COVID-19, dado o risco de complicações à saúde da mãe e do feto (OSANAN *et al.*, 2020; OLIVEIRA; LIMA; FARIAS, 2021).

Uma das indicações recomendadas durante a vigência da pandemia foi uma testagem universal nas grávidas durante todo o pré-natal, internação para o parto, e antes de receberem a alta, no pós-parto. Além disso, a testagem dos recém-nascidos, e não menos importante, dos profissionais da saúde (MENEZES *et al.*, 2020).

Como pontuado, a grávida tem predisposição de desenvolver as formas graves de COVID-19 e complicações obstétricas tais como parto prematuro, óbito fetal, abortamento, entre outros. Compreende-se que no cenário da pandemia é provável que o risco versus benefício na vacinação das gestantes seja favorável, por isso o Plano Nacional de Imunização (PNI) fez recomendações específicas para esse público (BRASIL, 2021).

A literatura menciona um possível benefício de imunizar as gestantes e proteção para o feto e o recém-nascido por meio dos anticorpos transplacentários da classe de imunoglobulina G (IgG), mas ainda existem lacunas a respeito do nível dessa proteção para diversas vacinas, e ainda não se sabe por quanto tempo protegerá essa criança e se essa proteção será a mesma para os diferentes desfechos da doença da COVID-19, leve, moderado ou grave (GRAY *et al.*, 2021; CDC, 2021).

4.3 IMPACTO DA PANDEMIA NA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

A saúde materno-infantil no período de pandemia foi afetada direta e indiretamente, repercutindo nas condições do parto, nascimento, puerpério, crescimento e desenvolvimento das crianças. O aumento nas taxas de morbimortalidade materna nesse período pode se relacionar ainda às condições clínicas em decorrência da COVID-19, condições sociais e limitações da capacidade assistencial direcionada às mulheres (PINHEIRO *et al.*, 2021).

Lopes e colaboradores (2020), considerando os desastres naturais, as epidemias e as pandemias acontecidas identificaram consequências em longo prazo na saúde materno infantil com impactos relativos à saúde mental, nutricional, além da renda, na fertilização, na moradia e na segurança, apontando a necessidade de prover recursos adicionais aos já existentes para as gestantes em condições de vulnerabilidade. Entretanto, não obstante necessitarem de mais cuidados, as grávidas enfrentaram e têm enfrentado problemas para receber assistência correta (DING *et al.*, 2021). Além dessas barreiras, outros fatores como a exigência de isolamento trouxeram adversidades para as gestantes, dificultando o contato com sua rede de apoio (familiares e amigos) (PAIXÃO *et al.*, 2021).

Todas essas condições têm contribuído para o incremento considerável de sintomas depressivos e ansiosos em grávidas em relação aos números pré-pandêmicos nas gestantes. Outras causas de estresse impostas pela pandemia que contribuíram para a diminuição da qualidade de vida das gestantes incluem barreiras financeiras, maior risco de violência doméstica e atividades remotas de trabalho e escola (GONZALEZ; ALDERCICE, 2020). Nas pacientes confirmadas para COVID-19, também fica danificado o desenvolvimento do vínculo materno-fetal devido às dificuldades no aleitamento materno e à ausência do contato pele a pele com o RN pela ameaça de contaminação viral do bebê (TRAPANI *et al.*, 2020; DING *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Chisinila e outros autores (2021) constataram abandono aos tratamentos e acompanhamentos médico instituídos, sendo observado um descenso de quase 46% no número de procedimentos clínicos, 44% na taxa de procedimentos pré-natais e queda de 36% no número de consultas médicas quando contra posto ao período pré-pandemia. Isso é um reflexo de que a assistência da saúde à mulher foi afetada pela pandemia no que tange à priorização da assistência ao tratamento da COVID-19 quanto pelo receio de buscar o serviço de saúde por conta das incertezas e do temor de sair de casa, aumentando a frequência de sinais e sintomas de ansiedade e depressão (SOUZA *et al.*, 2020).

Dados da Associação Paulista de Medicina revelam que 64% dos profissionais da área de ginecologia e obstetrícia afirmam que a rotina da assistência pré-natal foi alterada durante a pandemia (FEBRASGO, 2020). O Brasil foi um dos pioneiros ao incluir as gestantes e mulheres no período puerperal, que sofreram perdas fetais ou abortos espontâneos, como pertencentes ao grupo de risco para COVID-19. Outra medida adotada pelo MS foi a criação do “Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e puérperas frente à Pandemia de COVID-19”, de forma a orientar o acesso à saúde no decorrer da pandemia por meio de diretrizes, reduzindo as chances de contágio, morbimortalidade materna e agravos ao conceito (BRASIL, 2021b).

Conforme o MS (2020), o pré-natal de todas as gestantes deve ser assegurado, e para a otimização desse atendimento e diminuição da exposição ao risco, deve-se incluir as coletas de exames e ultrassonografias no dia da consulta presencial. O intervalo de tempo entre as consultas deve ser determinado a partir de uma série de fatores como a idade gestacional, presença ou não de doenças maternas ou fetais, comorbidades e a evolução da gestação (BRASIL, 2020a). Uma opção é a utilização da teleconsulta, no marco do pré-natal em pandemia, para espaçar as consultas mantendo o cuidado, desde que garantido o apropriado registro na caderneta da gestante. O manual orienta a que as grávidas sem síndrome gripal e

sem comorbidades, e que não fazem parte do grupo de risco, manter seis consultas de pré-natal, sendo uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre (BRASIL, 2020a).

Para as mulheres com sintomas gripais, o recomendável é que as consultas e exames de rotina sejam prorrogados em 14 dias e, se houver necessidade, que sejam atendidas de forma isolada das demais gestantes. Ainda, para que a gestante possa ser monitorada pela equipe da atenção primária deve ser feito o registro sobre a suspeita de COVID-19 no pré-natal (BRASIL, 2020b).

No que diz respeito ao momento e à via de parto, não há nenhuma alteração nas recomendações para as mulheres com suspeita ou confirmação de COVID-19 no início da gravidez e que se recuperaram. Para as mulheres com suspeita ou confirmação da enfermidade no terceiro trimestre que ainda não se restabeleceram, o recomendável é postergar o parto até que um resultado negativo seja obtido na tentativa de evitar a transmissão para o recém-nascido, se condições maternas e fetais o outorgaram. Cabe ressaltar que a infecção por COVID-19 não é uma recomendação para o parto, mas em grávidas que evoluíam para sintomas graves indicavam-se a antecipação do parto e a realização de cesárea. Às mulheres que possuem boas condições clínicas, sintomas leves e boa vitalidade fetal o parto vaginal é seguro e indicado (FEBRASGO, 2020). Não menos importante, é vital considerar o potencial impacto para a saúde mental materna consequente do enfrentamento da pandemia em um momento de muita fragilidade. A angústia é um sintoma que acomete grande parte das gestantes com a aproximação do parto, e o contexto incerto do avanço da infecção pelo COVID-19 pode agravar os sentimentos de temor e incerteza (POON *et al*, 2020).

Quando a mãe se encontra em condições clínicas desfavoráveis para amamentar, ou o bebê não se apresenta apto a mamar diretamente ao peito, como é o caso de bebês prematuros, soma outra problemática. Diante disso, surge a necessidade de ser ofertado o leite materno proveniente de Bancos de Leite Humano (BLH). Embora ainda exista escassez de evidências científicas que possibilitem o consenso sobre a recomendação da doação de leite humano por mulheres potencialmente infectadas pelo SARS-Cov-2, é contra indicada a doação por mulheres que apresentem sintomas compatíveis com síndrome gripal, infecção respiratória e que tiveram contato com outras pessoas confirmadas (BRASIL, 2020). Essas limitações podem colaborar para a diminuição dos estoques de leite materno essencialmente importante para os recém-nascidos prematuros, deixando mais vulneráveis à mortalidade (PINHEIROS *et al.*, 2021).

5 MATERIAS E MÉTODOS

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo é um recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Enfrentamento à COVID-19 e Assistência materno-infantil”, a qual teve 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 RS de Ponta Grossa, Foz do Iguaçu, Cascavel, Londrina e Maringá.

5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa comparativa, de delineamento transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa desenvolvida nas 9ª e 10ªRS do Estado do Paraná.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

O estado do Paraná localiza-se na Região Sul do Brasil e faz fronteira com outros três estados. Ao Norte com o Estado de São Paulo, ao sul com o de Santa Catarina e a Oeste com o Estado do Mato Grosso do Sul. Faz fronteira, ainda, com o Paraguai e a Argentina. O Paraná é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 RS, em uma extensão territorial de 199.304 km², e sua população estimada é de 11.597.484 habitantes (IBGE, 2019; PARANÁ, 2019).

Do total das 22 Regionais, a presente proposta foi desenvolvida na 9ª e 10ªRS, especificamenteno HMCC correspondente à 9ª RS e o HUOP situado na 10ª RS, instituição hospitalar localizada na cidade de Foz do Iguaçu e Cascavel, respectivamente (Figura 1).



Figura 1 – Mapa das regionais de saúde do estado do Paraná, 2022

Fonte: Secretaria de Saúde do Paraná, 2022.

Uma RS trata-se do espaço geográfico contínuo composto por um conjunto de municípios limítrofes, demarcado a partir de certas características como identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de poder integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Os municípios de abrangência da 9ª RS são: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.

A respeito da 10ª RS, os municípios de abrangência são: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.

Os referidos hospitais, HMCC e o HUOP, são referências para atendimento à gestação de alto risco para os municípios que compõem a 9ª e 10ª RS do Estado do Paraná, países vizinhos, especialmente o Paraguai, e para as brasiguaias que rotineiramente procuram atendimento no município, não somente para a realização do parto, como também para a realização do pré-natal no CMI (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

5.4 SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi constituída a partir de cálculo amostral descrito a seguir, pelas mulheres/usuárias atendidas na maternidade do HMCC e do HUOP.

Foi realizado o cálculo amostral da população a ser estudada com base no número de partos do ano de 2019, considerando N tamanho (número de elementos) da população; n tamanho (número de elementos) da amostra; n^0 uma primeira aproximação para o tamanho a amostra; E0 erro amostral tolerável (PITO, 2012). Um primeiro cálculo do tamanho da amostra pode ser feito, mesmo sem conhecer o tamanho da população, através da seguinte expressão:

$$n0 = 1 / E0^2 \text{ (5\% = 400)}$$

Ao se conhecer o tamanho da população, pode-se corrigir o cálculo anterior por:

$$n = N .n0/ N + n0$$

Também foi considerada uma margem de erro da pesquisa de 5%, e um nível de confiança de 95%. Devido à possibilidade de perdas por desistência da participação da pesquisa por parte das mulheres, pode ser adicionado um acréscimo de 10% como margem de segurança para atender o número amostral.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulheres/usuárias maiores de 18 anos, que tenham realizado o parto no hospital/maternidade HMCC e HUOPe realizado pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) da 9ª e 10ª RS do Estado do Paraná durante a vigência da pandemia de COVID-19.

5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Mulheres/usuárias que apresentaram algum tipo de agravo e/ou problema de saúde que impedisse a sua participação.

5.7 FONTE DE DADOS

Foi utilizado um instrumento contendo questões relativas ao perfil sociodemográfico e questões sobre o pré-natal das mulheres sujeitos deste estudo.

A abordagem quantitativa foi realizada por meio de busca das informações disponibilizadas em documentos como prontuário da maternidade, Carteira de Saúde da Gestante e entrevista com a mulher/usuária para identificar elementos da assistência pré-natal durante a vigência da pandemia de COVID-19.

5.8 COLETA DE DADOS

As entrevistas com as mulheres/usuárias foram realizadas na maternidade, via aceite, esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, garantia do anonimato e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). As entrevistas foram empreendidas presencialmente nas maternidades entre 24 a 48 dias após o parto. O período de coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a dezembro de 2021.

Os dados coletados foram inseridos no Microsoft Excel® e as variáveis referentes ao perfil das mulheres foram idade materna, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, ocupação, renda familiar/classe social e local de residência/procedência.

As seguintes variáveis dizem respeito ao pré-natal: início do pré-natal; história obstétrica (planejamento da gravidez, aborto anterior, tipo de parto/intervalo interpartal, número de filhos, doenças prévias e uso de medicamentos); hábitos maternos (tabaco, álcool e drogas); número total de consultas; número de consultas odontológicas; cobertura vacinal; exames laboratoriais e de imagem realizados por trimestre gestacional 1º, 2º e 3º trimestres (teste rápido para gravidez, sífilis e HIV); afecções maternas na gestação; acolhimento e encaminhamentos às intercorrências gestacionais; avaliação e da classificação de risco habitual (RH), risco intermediário (RI) e alto risco (AR); atendimento ambulatorial especializado para RI e AR a tempo oportuno; apoio ao deslocamento das gestantes; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; orientação e vinculação da gestante para o parto; implementação de ações socioeducativas relacionados à nutrição, saúde bucal, aleitamento materno, tipo de parto e educação sexual/reprodutiva, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids, sífilis e Hepatites; local que realizou pré-natal; visita prévia na maternidade; intervalo entre a última consulta pré-natal e parto; profissionais que realizaram o pré-natal; classificação de adequação do pré-natal (adequado, inadequado e intermediário) segundo

Coutinho (2010); registro na Carteira de Saúde da Gestante; percepção materna/usuária quanto à assistência pré-natal (Apêndice B).

5.9 ANÁLISE DOS DADOS E ASPECTOS ÉTICOS

Para análise descritiva, foi utilizada distribuição de frequências (absoluta e relativa), média e desvio-padrão. A análise bivariada das variáveis categóricas foi efetuada pelo teste do qui-quadrado, ao passo que para as variáveis numéricas foi empregado o teste t de Student para amostras independentes. A distribuição dos dados foi avaliada pelo teste Shapiro-Wilk. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% e o programa computacional usado foi o IBM SPSS Statistics versão 19 para Windows.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Anexo 1) e obteve parecer favorável número 4.730.796/21.

6 RESULTADOS

A análise nas duas RS totalizou 408 inquiridos na 9ª RS e 418 na 10ª RS, com um total de 826 participantes. Os resultados foram organizados em tabelas conforme os aspectos sociodemográficos, clínicos antes de engravidar, número de filhos e o intervalo interpartal para a análise descritiva das variáveis estudadas.

As variáveis sociodemográficas podem ser observadas na Tabela 1, a seguir. Nota-se que a faixa etária mais predominante de grávidas no período de setembro a dezembro no ano 2021, na 9ª RS, foi de 21 a 40 anos (82,9%), seguida pela idade de 14 a 20 anos (15,7%), enquanto na 10ª RS; a idade predominante encontra-se no grupo etário de 21 a 40 anos (81,1%), seguida pela idade de 14 a 20 anos (17,5%). Nesta pesquisa, se sobressai a porcentagem de gestantes relativamente jovens que participaram do estudo, pois a idade de 14 a 20 anos representa 16,5% do total de grávidas entre as duas regionais nesse período. Ainda quanto à raça/cor das mulheres que participaram do estudo, observou-se que na 10ª RS a porcentagem de mulheres brancas foi estatisticamente superior se comparada com a 9ª RS (66% e 45,5%, respectivamente) $p < 0,01$.

No tocante à escolaridade, os dados foram agrupados em anos de estudo. Verificou-se uma diferença significativa entre as mulheres das duas regionais estudadas. Enquanto na 9ª RS as mulheres com mais de nove anos de estudo corresponderam a 80,4%, na 10ª RS representaram uma porcentagem de 91,4%. Quando considerado o intervalo de zero a oito anos de estudo, esses percentuais passaram para 19,6% e 8,6%, na 9ª RS e 10ª RS, respectivamente, demonstrando uma diferença estatística entre as RS ($p < 0,01$).

As mulheres que têm uma ocupação remunerada (48,90%) e não remunerada (51,09%) quase não possuem distinção em ambas as regionais estudadas. No que tange à renda, não houve diferença estatisticamente significativa entre as RS, enquanto na 9ª RS 49,59% de mulheres que tiveram um ingresso de meio salário mínimo e 40,87% perceberam uma renda de até um salário mínimo, no caso da 10ª RS, 46,28% delas recebiam até meio salário mínimo e 40,84% contavam com uma renda de até um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1 –Perfil sociodemográfico das gestantes em período de pandemia da COVID-19na 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil

Variáveis	Regional						p-valor
	9ª		10ª		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária							0,70
De 14 a 20	63	15,4	73	17,5	136	16,5	
De 21 a 40	338	82,8	339	81,1	667	82,0	
De 41 a 45	7	1,7	6	1,4	13	1,6	
Raça/Cor							<0,01
Branca	184	45,5	276	66,0	460	56,0	
Não branca	220	54,5	142	34,0	362	44,0	
Escolaridade da mãe							<0,01
0 a 8	80	19,6	36	8,6	116	14,0	
9 ou mais	328	80,4	382	91,4	710	86,0	
Ocupação							0,74
Remunerada	199	49,5	202	48,3	401	48,9	
Não remunerada	203	50,5	216	51,7	419	51,1	
Renda per capita							0,31
Até 1/2 salário mínimo*	182	49,6	187	46,3	369	47,9	
De 1/2 a 1 salário mínimo	150	40,9	165	40,8	315	40,9	
1 ou mais salários mínimos	35	9,5	52	12,9	87	11,3	

Legenda: *Salário-mínimo em 2021 no Paraná R\$1.320,00.

Fonte: os autores.

Na Tabela 2, na sequência, podem ser observados os antecedentes clínicos das mulheres antes da gestação atual. No geral, o trabalho de parto prematuro pode ser considerado baixo na amostra investigada (1,8%). No entanto, na comparação das duas RS, observou-se maior proporção de partos prematuros na 10ª RS (2,9%) em relação à 9ª RS (0,7%).

Na variável obesidade não houve diferença estatisticamente significativa quanto à porcentagem de mulheres que tiveram essa comorbidade, ou seja, em ambas as RS, 98% das mulheres não tiveram obesidade.

Em relação à COVID-19, a proporção de mulheres que não foram infectadas pelo vírus do SARS-CoV-2foi estatisticamente superior na 9ª RS comparada com a 10ª RS (98% e 92,5%, respectivamente) $p<0,01$.

As mulheres que tiveram de um a quatro filhos representaram, em média, 63,7% das mulheres assistidas nas 9ª e 10ª RS, e não houve maior diferença entre as RS. É importante ressaltar que a proporção de participantes que foram mães pela primeira vez na pandemia

também foi relativamente alta em ambas RS (32,8%). O cenário pandêmico pode ter sido um ambiente propício para a gravidez.

No que se refere ao intervalo interpartal, não houve diferença estatística entre as RS, a proporção de mulheres que não tiveram filhos no período menor há um ano entre as gestações foi de 94,9% na 9ª RS e de 92,1% na 10ª RS (Tabela 2).

Tabela 2 – Antecedentes clínicos antes de engravidar das mulheres das 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil

Variáveis	Regional						p-valor
	9ª		10ª		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Antecedentes clínicos (antes de engravidar)							
Trabalho parto prematuro							0,02
Sim	3	0,7	12	2,9	15	1,8	
Não	405	99,3	406	97,1	811	98,2	
Obesidade							0,14
Sim	3	0,7	8	1,9	11	1,3	
Não	405	99,3	410	98,1	815	98,7	
COVID-19							<0,01
Sim	8	2,0	54	12,9	62	7,51	
Não	400	98,0	364	87,1	764	92,5	
Número de gestações anteriores							0,09
0	122	30,0	148	35,6	270	32,8	
1 a 4	266	65,5	258	62,0	524	63,7	
5 ou mais	18	4,4	10	2,4	28	3,4	
Intervalo interpartal (menor que 1 ano)							0,29
Sim	18	4,4	25	6,0	43	5,2	
Não	387	94,9	385	92,1	772	93,5	

Fonte: os autores.

A Tabela 3, a seguir, apresenta os antecedentes clínicos da gestação atual, planejamento da gravidez, classificação de risco das gestantes, participação de grupo de gestantes, realização dos testes rápidos, vacinação das gestantes e as medidas adotadas para combater a pandemia da COVID-19.

Quanto aos antecedentes clínicos das gestantes, existe predominância de mulheres que manifestaram não ter doença (55,9%). Entre as RS, a proporção de mulheres que desenvolveram doenças na gestação atual foi estatisticamente superior na 9ª se comparada com a 10ª (66,9% e 45,2%, respectivamente) $p < 0,01$.

A COVID-19 esteve presente em apenas 16% das mulheres gestantes, porém a proporção de gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2 foi estatisticamente superior na 10ª RS

(21,5%) quando comparada à 9ª RS ($p<0,01$).

Em relação ao período no qual as gestantes foram infectadas pelo vírus, houve diferença estatística entre as RS ($p<0,01$). Enquanto na 9ª RS a maioria das mulheres teve COVID-19 no primeiro trimestre da gestação (54,8%), na 10ª RS foi superior à porcentagem de grávidas que positivaram para essa doença no terceiro trimestre da gestação (52,5%), marcando uma desigualdade entre as RS.

No tocante à necessidade de encaminhamento a especialistas durante a gestação, verificou-se que a proporção de mulheres que não precisou de assistência de um especialista foi superior na 9ª RS (73,9%) quando comparada com a 10ª RS (60,1%) $p<0,01$. Ainda assim, cabe salientar que a porcentagem de mulheres que precisou ser encaminhada para o especialista foi relativamente alta.

A porcentagem de mulheres que teve uma intercorrência e precisou de uma atenção de urgência/emergência foi estatisticamente superior ($p<0,01$) na 10ª RS (40,2%) em relação à 9ª RS (29,6%) (Tabela 3).

Tabela 3– Antecedentes clínicos das gestantes em período de pandemia da COVID-19 nas 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil

Variáveis	Regional						p-valor
	9ª		10ª		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Gestação atual							
Desenvolveu doenças							<0,01
Sim	273	66,9	189	45,2	462	55,9	
Não	135	33,1	229	54,8	364	44,1	
COVID-19							<0,01
Sim	42	10,29	90	21,5	132	16,0	
Não	366	89,7	328	78,5	694	84,0	
Positivo para COVID-19, qual período da gestação?							<0,01
1º Trimestre	23	54,8	15	16,9	38	29,01	
2º Trimestre	14	33,3	15	16,9	29	22,1	
3º Trimestre	5	11,9	47	52,8	52	39,7	
Não lembra	0	0	12	13,5	12	9,2	
Encaminhada para especialista							<0,01
Sim	105	26,1	166	39,9	271	33,1	
Não	297	73,9	250	60,1	547	66,9	
Atendimento de urgência/emergência							<0,01
Sim	118	29,06	168	40,2	286	34,7	
Não	288	70,9	250	59,8	538	65,3	

Fonte: os autores.

Na Tabela 4, na sequência, pode ser observado o número de consultas que foram

realizadas, com diferença estatística entre elas ($p < 0,01$). Na 9ª RS, a média das consultas foi de 9,46, enquanto na 10ª RS foi de 10,38 consultas.

No que diz respeito à estratificação do Risco Gestacional no pré-natal, a diferença estatística foi significativa ($p < 0,01$). Na 9ª RS, observou-se que a maioria das gestantes foi classificada como risco habitual (63,9%), porém na 10ª RS o percentual para o mesmo risco foi de 47,8%.

No que se refere à satisfação das mulheres quanto ao seu pré-natal, em média, 90% das mulheres participantes se sentiram satisfeitas com a atenção recebida. E nos dados referentes ao local de realização do pré-natal, na 9ª RS, 87% realizaram o pré-natal nas UBS, enquanto na 10ª RS somente 59,4% realizaram o pré-natal em UBS, revelando que com relação a essa variável houve uma diferença significativa ($p < 0,01$). No caso das gestantes pesquisadas na 10ª RS, observou-se que 39,7% das gestantes fizeram o pré-natal nas UBS e ambulatórios.

Na variável “participação em grupos de pré-natal”, constatou-se que em ambas as RS houve pouca adesão a esse tipo de atividades ofertadas pelos órgãos de saúde durante a pandemia. Em média, somente 11,5% das gestantes do total afirmaram ter participado de atividades em grupo durante a pandemia, sem diferença estatisticamente significativa entre as RS.

Por fim, quando questionadas se foram orientadas sobre a visita prévia à maternidade, a frequência de mulheres que foi informada na 9ª RS foi estatisticamente superior se comparada com a 10ª RS (50,2% e 20,3% respectivamente) $p < 0,01$ (Tabela 4).

Tabela 4 – Adequação do pré-natal em período de pandemia da COVID-19, nas 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil

Variáveis	Regional						p-valor
	9ª		10ª		Total		
	n	%	n	%	n	%	
	n	Média ± DP	n	Média ± DP	n	Média ± DP	
Número de consultas	383	9,46 ± 3,56	406	10,38 ± 0,44	789	9,94 ± 0,06	<0,01
Risco Gestacional no pré-natal							<0,01
Habitual	237	63,9	172	47,8	409	56,0	
Intermediário	28	7,5	16	4,4	44	6,0	
Alto	106	28,6	172	47,8	278	38,0	
Atendimento no seu pré-natal							0,27
Satisfeito	357	89,0	379	91,3	736	90,2	
Insatisfeito/Não sabe	44	11,0	36	8,7	80	9,8	
Local que realizou o pré-natal							<0,01
UBS*	349	87,0	247	59,4	596	72,9	

UBS e ambulatório	43	10,7	165	39,7	208	25,5	
UBS, particular e outro	9	2,2	4	1,0	13	1,6	
Grupos de gestantes no pré-natal							0,5
Sim	50	12,3	45	10,8	95	11,5	
Não	357	87,7	372	89,2	729	88,5	
Foi informada sobre visita à maternidade							<0,01
Foi informada	153	50,2	13	20,3	166	45,0	
Não foi informada	152	49,8	51	79,7	203	55,0	

Legenda: *Unidade Básica de Saúde (UBS).

Fonte: os autores.

A identificação de situações de exposição ao risco de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) é extremamente importante no período de gestação, assim como a realização de testes rápidos para a sua detecção. Esta pesquisa mostrou que as testagens em gestantes foram relativamente altas durante a pandemia (Tabela 5), porém evidenciou a existência de diferenças entre as regionais de saúde. Na 9ª RS, os testes de HIV foram realizados nos três trimestres da gestação majoritariamente em comparação com os da sífilis, e esse comportamento é diferente na 10ª RS, visto que os testes superaram o 85% de realização no período da gestação, e nessa variável houve significância estatística ($p < 0,01$).

Na Tabela 5, a seguir, se encontram os dados referentes à vacinação das gestantes em época da pandemia. Na 9ª RS, 55,53% das gestantes estudadas completaram o esquema vacinal da COVID-19; 16,71% delas se vacinaram, porém não completaram as doses e 27,76% não fizeram a vacinação. Na 10ª RS, 78,71% das mulheres investigadas completaram o esquema vacinal, superando o percentual da 9ª RS, enquanto 12,85% delas realizaram o esquema vacinal incompleto e 12,20% optaram por não se vacinar. Percebe-se que com relação a essa variável também houve uma diferença estatística entre as RS ($p < 0,01$).

Tabela 5 – Testes rápidos e vacinação nas mulheres que realizaram o pré-natal em período de pandemia da COVID-19, nas 9ª e 10ª Regionais de Saúde, de agosto a dezembro de 2021, PR, Brasil

Variáveis	Regional						p-valor
	9ª		10ª		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Teste rápido HIV 1º trimestre							<0,01
Sim	324	80,8	376	90,4	700	85,7	
Não	77	19,2	40	9,6	117	14,3	
Teste rápido HIV 2º trimestre							<0,01
Sim	309	77,1	382	91,8	691	84,6	
Não	92	22,9	34	8,2	126	15,4	
Teste rápido HIV 3º trimestre							<0,01
Sim	273	68,3	394	94,7	667	81,7	

Não	127	31,8	22	5,3	149	18,3	
<hr/>							
Teste rápido sífilis 1º trimestre							<0,01
Sim	313	78,1	362	87,02	675	82,6	
Não	88	21,9	54	13,0	142	17,4	
<hr/>							
Teste rápido sífilis 2º trimestre							<0,01
Sim	295	73,6	361	86,8	656	80,3	
Não	106	26,4	55	13,2	161	19,7	
<hr/>							
Teste rápido sífilis 3º trimestre							<0,01
Sim	259	64,8	376	90,4	635	77,8	
Não	141	35,3	40	9,62	181	22,2	
<hr/>							
Vacina de gripe (H1N1)							<0,01
Completo	384	95,3	369	88,3	753	91,7	
Não fez	19	4,7	49	11,7	68	8,28	
<hr/>							
Vacina de COVID-19							<0,01
Completo	294	72,2	367	87,8	661	80,1	
Não fez	113	27,8	51	12,2	164	19,9	

Fonte: os autores.

Durante a pandemia da COVID-19, várias medidas foram implementadas com o intuito da mitigação do contágio da doença; o acesso ao pré-natal não foi a exceção e sofreu várias adequações para prevenir a expansão desse novo vírus. Essas medidas, de forma geral, foram aplicadas na 9ª RS e na 10ª RS (Tabela 6), como o distanciamento físico, o uso de máscara, a etiqueta respiratória, a higienização das mãos, além do acompanhamento das pessoas que tiveram contato com um caso positivo com a concomitante avaliação dos sinais e sintomas.

No que se refere à orientação pela equipe de saúde sobre o distanciamento físico, uso de máscaras, higienização das mãos como medidas de prevenção do COVID-19, em média, mais de 91% das participantes declararam que foram orientadas.

No que tange à orientação da etiqueta respiratória, a indicação de medidas que incluem uma série de ações que reduzem os riscos da transmissão da COVID-19 e de outras doenças respiratórias, a proporção de mulheres que recebeu orientação a respeito dessa variável foi estatisticamente superior na 10ª RS se comparada com a 9ª RS (91,8% e 76,5%, respectivamente) $p < 0,01$. Por outro lado, a proporção de mulheres que receberam orientações sobre a higienização das mãos foi maior na 9ª RS (93,5%) quando comparada à 10ª RS (89,4%).

No que concerne à realização da triagem respiratória, antes de cada consulta de pré-natal para avaliar a presença de tosse, espirro, febre, dor de garganta e/ou contato com pessoas que tiveram COVID-19, não foi identificada diferença estatística significativa entre as RS,

constatando-se que, em média, 75% das mulheres afirmaram ter realizado a triagem respiratória durante o período analisado na pesquisa. É o que ilustra a Tabela 6.

Tabela 6 –Medidas de prevenção da COVID-19 na 9ª e 10ª Regionais de Saúde, agosto a dezembro, 2021, PR, Brasil

Variáveis	Regional						p-valor
	9ª		10ª		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Orientação sobre o Distanciamento físico							0,51
Sim	374	93,0	382	91,8	756	92,4	
Não	28	7,0	34	8,2	62	7,6	
Orientação sobre o Uso de Máscara							0,59
Sim	377	93,3	392	94,2	769	93,8	
Não	27	6,7	24	5,8	51	6,2	
Orientação sobre a Etiqueta Respiratória							<0,01
Sim	309	76,5	382	91,8	691	84,3	
Não	95	23,5	34	8,2	129	15,7	
Orientação sobre a Higienização das Mãos							0,04
Sim	377	93,5	372	89,4	749	91,5	
Não	26	6,5	44	10,6	70	8,5	
Avaliação de sintomas respiratórios e contato com pessoas que tiveram COVID-19							0,06
Sim	316	78,0	301	72,4	617	75,2	
Nunca	89	22,0	115	27,6	204	24,8	

Fonte: os autores.

7 DISCUSSÃO

A presente investigação mostrou que os dados referentes ao perfil das gestantes foram variados entre as RS, e que o seguimento do pré-natal ocorreu de forma adequada e as medidas sanitárias para evitar o contágio foram mantidas durante a pandemia da COVID-19 no ano 2021.

Com respeito à faixa etária, as gestantes se encontravam em maior proporção na idade de 20 a 40 anos nas duas RS estudadas. O guia da saúde da mulher na gestação, parto e puerpério do Ministério da Saúde do Brasil indicam que as características sociodemográficas favoráveis para gestação é a idade compreendida entre 16 e 34 anos, o que se encaixa nesse escopo (BRASIL, 2022).

Ao se considerar o padrão de idade nas duas RS, esses dados levantam questões relevantes sobre os fatores socioeconômicos de saúde e educação que podem influenciar a gravidez em diferentes faixas etárias. Em especial para as adolescentes, urge discutir políticas de saúde pública, programas de educação sexual e planejamento familiar, além de levar em conta como foi o acesso aos serviços de saúde reprodutiva e a qualidade da educação sexual para essa população visando reduzir a gravidez precoce e garantir o bem-estar das adolescentes grávidas e de seus bebês, mesmo em tempos pandêmicos (CLARA, 2021; STURGISS *et al.*, 2022).

No que diz respeito à raça/cor, a 10^a RS apresentou uma porcentagem maior de mulheres brancas em comparação com a 9^a RS, e essa discrepância pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, geográficos e culturais entre as duas regiões. Importante destacar que embora as duas RS pertencam a uma faixa de fronteira, a 9^a RS está localizada na fronteira Brasil, Paraguai e Argentina e recebe gestantes brasileiras que vivem no Paraguai, mas também recebe paraguaias (NOVAKOWISKI; BAGGIO; ZILLY, 2023), o que talvez explique o fenômeno em duas regiões tão próximas.

Um estudo que analisou a adequação do pré-natal a puérperas atendidas em Florianópolis, SC, durante a pandemia de COVID-19 mostrou que ser preta ou parda foi fator de risco para pré-natal inadequado. Além disso, indicou que essas mulheres possuem três vezes mais chances de receber pré-natal inadequado (MARTINS *et al.*, 2022). Esse dado é relevante, tendo em vista que as mulheres pretas têm maior chance de evoluir desfavoravelmente entre a população obstétrica no Brasil, somado à chance de se depararem com maiores barreiras de acesso à saúde durante a pandemia de COVID-19. Essa diferença enfatiza a importância de se considerarem as disparidades raciais na saúde materna e na

assistência médica prestada a diferentes grupos étnicos. Políticas de saúde públicas precisam ser sensíveis a essas disparidades e buscar garantir que todos os grupos raciais tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade (ALBERTON; ROSA; ISER, 2023).

Sobre a escolaridade materna, a maioria das mulheres desta investigação tinha alta instrução escolar. Achados anteriores mostraram a relação dessa variável com maior adequação pré-natal (RASIA; ALBERNAZ, 2008; TADESSE, 2020). A 10ª RS possui uma população de grávidas com níveis educacionais mais elevados, o que pode estar associado a um melhor acesso a informações relativas à saúde reprodutiva e potencial redução nas taxas de gravidez não planejada. No entanto, a 9ª RS pode enfrentar desafios específicos vinculados à educação que precisam ser abordados para garantir a igualdade no acesso aos cuidados de saúde materna e a prevenção da gravidez indesejada em grupos com menor escolaridade. Para Alberton, Rosa e Iser (2023), há necessidade de estratégias diferenciadas de saúde pública e educação em saúde adaptadas às vulnerabilidades características de cada grupo populacional. A Linha Guia Rede Mãe Paranaense também aponta que a baixa escolaridade da mãe pode estabelecer um risco intermediário para a gestante e recém-nascido, acrescentando o risco de morte em 2,5 vezes maior para o lactente (PARANÁ, 2022a).

No que tange à ocupação, não houve grande disparidade entre as participantes com trabalho remunerado ou não, mas observou-se diferença entre a renda *per capita*, visto que a proporção das participantes que possuem renda menor que um salário-mínimo foi maior. Na literatura, consta que não trabalhar fora de casa, decorrente do isolamento social no período da COVID-19, corrobora com fatores socioeconômicos desfavoráveis e a prevalência de transtornos mentais (LUCCHESI *et al.*, 2017), o que, conseqüentemente, pode aumentar os fatores de risco para o seguimento pré-natal (RASIA; ALBERNAZ, 2008; KINGSLEY *et al.*, 2020).

No que se refere à condição clínica pré-existente, a maioria das participantes relatou não possuir uma condição prévia à gestação atual, porém é importante destacar a presença da COVID-19 com maior ocorrência na 10ª RS, o que pode ter relação com diferenças nas medidas de controle implementadas nas localidades envolvidas e os desafios relacionados. A 9ª RS esteve em uma área cujas fronteiras internacionais foram temporariamente fechadas, o que pode ter contribuído para a diminuição da circulação do vírus (NOVAKOWSKI; BAGGIO; ZILLY, 2023), contudo, outros fatores associados ao enfrentamento da pandemia devem ser investigados para entender tal relação.

Dados aqui apresentados diferem de estudo realizado no Paraná, o qual revelou que 54,2% das gestantes apresentavam histórico de doenças crônicas (COSTA *et al.*,

2016). Pesquisas indicam que essas doenças têm aumentado significativamente entre mulheres em idade fértil, resultando em um número cada vez maior de gestantes com condições crônicas recebendo cuidados pré-natais (SOARES *et al.*, 2021).

A compreensão das características demográficas e epidemiológicas da população que é atendida por um serviço de saúde é importante para orientar a implementação de estratégias direcionadas ao cuidado das mulheres grávidas na região (SESA, 2022a). Nessa direção, o Ministério da Saúde, por meio do Manual de Gestação de Alto Risco, estabelece que a presença de condi es cr nicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas ou renais indicam maior risco de desenvolvimento de doenças com potencial de resultar em morte materna ou fetal (BRASIL, 2022).

Em rela o ao número de gesta es anteriores, houve prevalência das mulheres sem uma gesta o prévia, e ao ser comparado com estudo conduzido na Bahia, verificou-se também o maior número de primíparas (54,7%) (CORDEIRO *et al.*, 2022). Ainda   importante mencionar que em 2020, um ano marcado pelo isolamento social devido   pandemia da COVID-19, houve aumento significativo no número de gestantes em compara o ao ano de 2019 (BAGGIO *et al.*, 2021). No entanto, um estudo realizado nos Estados Unidos, cujo objetivo foi comparar a taxa de procedimentos obstétricos e morbidade materna grave no período antes e durante a pandemia, demonstrou que a quantidade de multíparas foi superior no período de epidemia global (JHONSON *et al.*, 2023; GUZMAN; BANAL-SILAO, 2022).

Pode-se ainda observar que o número de mulheres com intervalo interpartal menor que um ano foi pequeno, no entanto   importante levar em conta as assertivas da Federa o Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia que o ideal desse intervalo   de pelo menos dois anos entre as gesta es, não devendo ser inferior a um ano (FEBRASGO, 2020). Convém realçar que um intervalo menor de 18 meses aumenta em três vezes o risco de rotura uterina (FEITOSA; FEITOSA, 2022).

Os relatórios no início da pandemia da COVID-19 indicaram que a popula o obstétrica não parecia estar em maior risco de desenvolver sintomas graves de COVID-19 em compara o com a popula o em geral. No entanto, posteriormente, identificou-se que a gravidez e o período pós-parto apresentaram riscos adicionais para mulheres e beb s (JAMIESON; RASMUSSEN, 2022).

O estudo realizado por Vousden *et al.* (2021), que envolveu mulheres grávidas hospitalizadas com SARS-CoV-2 no ano 2021, constatou que a maioria das gestantes sintomáticas tinham hipertensão arterial e diabetes gestacional, o que certamente aumentaram

a frequência de internação e desfechos negativos como parto prematuro, natimortos, cesárea e hospitalização do recém-nascido para a unidade neonatal.

Análise realizada por Jhonson *et al.* (2023) indicou aumento nas taxas de comorbidades entre as grávidas, e a possível explicação para esse achado é o aumento geral das taxas de condições crônicas entre mulheres gestantes e em idade reprodutiva ao longo do tempo (METCALFE; WICK; RONSKSLE, 2018; FLORES *et al.*, 2020; MAIN; LEONARD; MENARD, 2020). Há evidências que a COVID-19 pode aumentar o risco de pré-eclâmpsia e diabetes gestacional (PAPAGEORGHIU *et al.*, 2021).

Observou-se ainda que as gestantes que positivaram para a COVID-19, em sua maioria, foram acometidas no terceiro trimestre da gestação, o que é corroborado por Amorim *et al.* (2021), que acompanharam 258 mulheres que tiveram gestações e/ou partos durante o período pandêmico. Destas, 27% mencionaram que o período de diagnóstico da COVID-19 foi o terceiro trimestre de gestação.

Embora uma das primeiras metanálises realizadas em 2020 sobre as características da COVID-19 e seus efeitos em gestantes tenha relatado um prognóstico favorável e a ausência de efeitos adversos perinatais (SOLA *et al.*, 2020), estudos posteriores revelaram alta incidência de efeitos adversos, bem como uma prevalência elevada de partos por cesariana, nascimentos prematuros e internações maternas em unidades de terapia intensiva (DUBEY *et al.*, 2020; ZAMBRANO, 2020). E apesar de que menos centros de saúde prestassem serviços de cuidados pré-natais durante o confinamento, os serviços para mulheres grávidas ainda eram oferecidos, assim como os serviços de saúde especializados, como observado nesta pesquisa, em ambas as RS. Por se tratar de pandemia, outras modalidades de atendimentos foram ofertadas, como o teleatendimento. A literatura mostra que há mulheres que mencionaram falta de confiança nas novas modalidades remotas, por outro lado, outras descreveram maior vínculo na relação médico-paciente por meio dessa modalidade de atendimento (ALMUSLIM; ALDOSSARY, 2022).

Sobre o número de consultas pré-natais, pode ser observado que apesar de o período pandêmico as consultas ocorreram, diferentemente de estudo realizado no Nordeste brasileiro. Neste, os profissionais revelaram redução na disponibilidade de consultas devido às limitações no sistema de saúde público, incluindo aquelas associadas ao acompanhamento pré-natal, com fechamento temporário de clínicas e diminuição na oferta de consultas médicas (ARANHA *et al.*, 2022). Pesquisa realizada com mulheres nas Filipinas com o objetivo de determinar a utilização dos serviços de atenção pré-natal durante a pandemia de COVID-19 corrobora com o estudo empreendido no Nordeste, tendo em vista que pouco mais da metade das mulheres

que dele participaram tiveram de até seis consultas realizadas (GUZMAN; BANAL-SILAO, 2022).

No tocante à estratificação do risco gestacional, embora a porcentagem de mulheres de risco habitual foi maior, observa-se um número elevado de gestantes estratificadas como alto risco. Isso se deve às mudanças fisiológicas específicas que ocorrem em seu sistema imunológico e respiratório, tornando-as mais suscetíveis a infecções virais, sobretudo a COVID-19 (SOARES *et al.*, 2021).

Segundo Aranha *et al.* (2022), a restrição na disponibilidade das consultas de pré-natal surgiu por conta da necessidade de ajustar os procedimentos nas clínicas visando reduzir a propagação da COVID-19. A assistência pré-natal foi considerada satisfatória no cenário em estudo e as consultas ocorreram nas UBS. De acordo com Chen *et al.* (2022), as gestantes acompanhadas nesses locais criaram uma relação de vínculo profícuo com os serviços e profissionais, permitindo uma boa abordagem e orientações direcionadas aos cuidados durante a gestação, no puerpério e na atenção ao recém-nascido em meio à COVID-19.

No que concerne às ações desenvolvidas no seguimento pré-natal, destacam-se os grupos de gestantes, considerados instrumentos eficazes na educação em saúde, com a finalidade de promover a compreensão do processo gravídico e criar um ambiente promotor da saúde física e mental. Estes representam uma forma de socialização de conhecimentos e experiências, esclarecendo dúvidas e ajudando a diminuir medos e ansiedades por meio da interação, troca de conhecimentos e compartilhamento de dúvidas. O grupo de gestantes contribui para aumentar a segurança e a tranquilidade das mulheres envolvidas no processo gravídico (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Como as consultas pré-natais foram interrompidas no início da pandemia, as demais atividades como as reuniões de grupos de gestantes que forneciam apoio e orientações sobre o parto e o nascimento também não aconteceram. Isso pode ter afetado o nível de conhecimento das mulheres sobre o processo de parto; ademais, as visitas ao centro obstétrico também foram suspensas, impedindo que elas conhecessem previamente o lugar onde realizariam o parto (MATTEI *et al.*, 2023).

A participação nos grupos de gestantes e o reconhecimento do local onde ocorrerá o nascimento do filho são ações relevantes no pré-natal e proporcionam maior aproximação entre as mulheres e os profissionais de saúde, corroborando para detectar riscos para a saúde materno-infantil, permitindo a vigilância e o monitoramento adequados (MATTEI *et al.*, 2023). Contudo, na presente pesquisa, essas ações foram prejudicadas pelo período pandêmico nas duas RS.

Quanto aos testes para detectar IST, foram identificadas diferenças entre as RS. Os testes rápidos foram realizados com maior frequência na 10ª RS. Na pandemia, as campanhas de testagem e conscientização diminuíram de forma significativa para dar lugar às orientações e campanhas para prevenção da contaminação pelo coronavírus (OZALP *et al.*, 2021).

Em relação ao HIV, a taxa de contaminação de grávidas antes do início da pandemia era de 231 mulheres por 100.000 nascidos vivos. Após o início da pandemia, essa taxa diminuiu para 122,67 mulheres por 100.000 nascidos vivos (LOPES *et al.*, 2023).

Sobre a detecção de sífilis no Brasil, a incidência dessa infecção apresentou uma tendência de aumento dos anos de 2012 a 2019, alcançando a média de 48,39 a cada 100.000 em 2019, com uma queda nos anos de 2020 (31,4) e 2021 (15,32). A explicação para esse decréscimo, em consonância com os autores, se refere ao baixo número de testagens (SILVA *et al.*, 2023). Tais dados sugerem que a pandemia da COVID-19 provocou uma mudança de comportamento na população, levando as pessoas a deixarem de buscar atendimento nas UBS durante a pandemia (LOPES *et al.*, 2023).

Além disso, apesar de as vacinas estarem em voga na pandemia, as preocupações atinentes à segurança das vacinas, seus efeitos secundários e a percepção do baixo risco de contrair H1N1 ou COVID-19 foram os motivos mais comuns para a hesitação ou recusa da vacina entre os profissionais da saúde da América do Norte, Europa e Austrália, conforme relatam Gallant *et al.* (2023). Se para os profissionais da saúde houve essas dúvidas, é preciso considerar a insegurança gerada para a população em geral, como as gestantes.

Em comparação aos demais imunizantes, a vacina contra a COVID-19 não teve uma boa aceitação entre as gestantes nas RS estudadas, mesmo que reconhecida como eficaz contra o vírus SARS-CoV-2, representando um avanço significativo para o término da pandemia (COOK, 2020). Estudos mostram que a vacinação na gravidez beneficia a mãe e o feto, bem como confere ao recém-nascido imunidade até aproximadamente cinco meses de vida. Isso se deve ao resultado da passagem transplacentária passiva de anticorpos. Ao coletar amostras de sangue do cordão umbilical de mulheres vacinadas após o parto, anticorpos IgG identificados contra o domínio de ligação ao receptor do SARS-CoV-2 contra a proteína S e anticorpos neutralizantes sugerem que a vacinação de mulheres grávidas tem um papel benéfico, inclusive para casos já positivos, reduzindo o risco de sintomas graves da COVID-19, com subsequentes implicações desfavoráveis para a saúde do recém-nascido (COLLIER *et al.*, 2021; MOZA *et al.*, 2023).

A pandemia de COVID-19 desafiou os prestadores de cuidados de saúde a adotar medidas rigorosas de prevenção e controle da transmissão. As maternidades, em particular,

enfrentaram desafios únicos, pois precisaram equilibrar a necessidade de fornecer atenção médica segura às gestantes com a prevenção da disseminação do vírus entre pacientes e profissionais de saúde. O uso de etiquetas respiratórias, um componente fundamental das medidas de prevenção e controle da infecção, emergiu como um tema crucial para garantir a segurança nas UBS e maternidades durante a pandemia (BESTETTI *et al.*, 2022; LANDELLE *et al.*, 2023).

Ao longo da pandemia, os serviços programaram ações com o objetivo de evitar a propagação da COVID-19. Tais medidas incluíram a disponibilização de álcool em gel, o espaçamento entre as cadeiras para distanciamento, a marcação de horários para consultas, limitações na presença de acompanhantes durante consultas, a avaliação de sintomas respiratórios e a adoção de licença para gestantes e profissionais pertencentes a grupos de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2020c; SILVEIRA *et al.*, 2023; BAGGIO *et al.*, 2023).

No que diz respeito às medidas utilizadas, como distanciamento físico, orientação sobre uso de máscaras, higienização das mãos e a triagem respiratória, em ambas as RSessas medidas foram aplicadas com êxito. A rápida ação e dedicação dos gestores de saúde em apresentar políticas fundamentadas em evidências para combater a pandemia, a resposta dos profissionais de saúde à emergência da pandemia e o conhecimento das situações ocorrendo em outros países desempenharam um papel crucial para o enfrentamento da pandemia (COSTA *et al.*, 2021).

Muitas mulheres participantes da pesquisa, em época de pandemia, manifestaram preocupação ao perceberem que não podiam evitar o contágio, apesar de terem seguido as recomendações de segurança. As recomendações incluíram o isolamento social de familiares, a implementação de restrições às visitas em casa, o uso de máscaras, a utilização de álcool em gel, a prática de tomar banho e trocar de roupa ao retornar de ambientes externos e a precaução de não compartilhar utensílios. Essa preocupação refletiu em suas atitudes no momento das consultas de pré-natal, como mostrou a presente investigação (ARANDA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2023).

Como limitação deste estudo, os achados não podem ser generalizados, visto que a assistência ofertada para as gestantes na pandemia pode sofrer alterações em virtude de aspectos sanitários, regiões geográficas, grupos vulneráveis envolvidos, adesão às campanhas de vacinação, escolaridade e aspectos econômicos, dentre outros.

8 CONCLUSÕES

A gestação durante o período da pandemia gerou muitas dificuldades para as famílias e para os profissionais de saúde sobre tudo no início devido às incertezas frente a essa nova doença, e mais ainda pelo fato de a gestante pertencer a um segmento de grande vulnerabilidade.

Esta pesquisa mostrou que embora os resultados foram satisfatórios, alguns retrocessos na atenção pré-natal foram indicados na tentativa de preservar a saúde das gestantes diante da COVID-19. Entre esses retrocessos, incluem-se a restrição de acompanhantes, a suspensão de grupos de gestantes, a readequação das consultas por meio remoto, o cancelamento das visitas às maternidades, entre outras.

As duas RS estudadas dispensaram um seguimento pré-natal adequado, pois o número médio de consultas foi superior ao preconizado. Os exames foram ofertados, assim como as consultas com especialistas e imunização, sempre mantendo as medidas sanitárias implantadas para evitar o contágio.

Nesse sentido, o estudo evidenciou que, apesar da luta constante por meio das políticas destinadas à saúde materno-infantil, ainda é preciso avançar para garantir excelência na atenção pré-natal para todas as mulheres, especialmente em períodos críticos como a pandemia da COVID-19.

Defende-se ser crucial que os profissionais de saúde e os pesquisadores examinem de perto essas estatísticas aqui levantadas e juntos trabalhem em prol de desenvolver estratégias direcionadas a esse grupo específico, as gestantes, buscando o desenvolvimento de estratégias que possam ser utilizadas para mitigar os efeitos negativos sobre a saúde reprodutiva feminina durante a pandemia COVID-19. Também se espera que tais estratégias também possam ser aplicadas a futuros planos para prevenir resultados negativos semelhantes.

REFERÊNCIAS

- ALBERTON, M.; ROSA, V. M.; ISER, B. P. M. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 32, n. 2, e2022603, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200005>. Acesso em:
- ALBUQUERQUE, L. P.; MONTE, A. V. L.; ARAÚJO, R. M. S. Implicações da COVID-19 para pacientes gestantes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v.12, n.10,p. 1–8, 9 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4632.2020>. Acesso em:
- AMORIM, M. M. R. *et al.* COVID-19 and Pregnancy. **Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, p. 337–353, maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S200002>. Acesso em:
- ALMUSLIM, H.; ALDOSSARY, S. Models of incorporating telehealth into obstetric care during the COVID-19 pandemic, its benefits and barriers: A scoping review. **Telemedicine journal and e-health**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 24–38, Jan. 2022.
- ARANDA, Z. *et al.* Disruptions in maternal health service use during the COVID-19 pandemic in 2020: experiences from 37 health facilities in low-income and middle-income countries. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. e007247, 1 jan. 2022.
- ARANHA, R. *et al.* Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da COVID-19. **Texto & Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 31, 1 jan. 2022.
- ARRUDA, D. É. G.; SOUSA, M. N. A. DE. Período gravídico e COVID-19: efeitos da pandemia no processo de gestar no sertão da Paraíba. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 193–202, 31 out. 2022.
- BAGGIO, G. *et al.* Perfil das gestantes atendidas na atenção primária antes e durante a pandemia por COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 11, p. 106771–106784, 20 nov. 2021.
- BAGGIO, M. A. *et al.* Pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 558–570, 15 set. 2023.
- 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**, [s. l.], v. 8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23743735211039329>. Acesso em:
- BESTETTI, R. B. *et al.* Non pharmaceutical public health interventions to curb the COVID-19 pandemic: a narrative review. **Journal of infection in developing countries**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 583-91, 2022. DOI:10.3855/jidc.14580.
- BHERING, N.V. *et al.* O parto prematuro induzido pela COVID-19: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. **Dados COVID-19 no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/COVID-19_html/covid-. Acesso em: 2 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. 1.ed. Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 4 abril 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 715, de 4 de abril de 2022**. Para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2022/04/portaria715.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19 [recurso eletrônico]**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica n.º 15/2020**. Atenção ao Recém-Nascido e COVID-19. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200805_N_NotaTecnicaCovidCocam15_8045946382474299533.pdf. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial – Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19 [Internet]**. 2022. Disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/Covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-127-boletim-coe-coronavirus>. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 1. ed. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em: 3 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral de crianças e redução da mortalidade infantil**. 1.ed. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf Acesso em: 3 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal – Manual Técnico**. 3.ed. Brasília, DF, 2000. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 3 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal Manual Técnico**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n.º 32. Brasil, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Informativa n.º 13/2020– SE/GAB/SE/MS**. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. Brasil, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-agemstane-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-Covid-19/>. Acesso em: 1 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica COCA/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS n.º 8/2020**: Condutas para a doação de leite materno aos bancos de leite humano e postos de coleta de leite humano no contexto da infecção covid-19 causada pelo novo coronavírus (sars-cov-2), 2020. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.org.br/wpcontent/uploads/2020/06/NOTA-T%C3%89CNICA-N-8-2020-COVID19-BLH.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 1, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20Considera%2Dse%20Regi%C3%A3o,organiza%C3%A7%C3%A3o%2C%20o%20planejamento%20e%20a. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – versão 7**. Brasília: Editora MS, abr. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 24 de ago. 2023.

BRITO, S. B. *P. et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 54–63, 29 maio 2020.

- BUKHARI, A. A. *et al.* Assessing the Quality of Antenatal Care in King Abdulaziz University Hospital: A Retrospective Study. **Cureus**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. e37150, 2018.
- Centers for Disease Control and Prevention(CDC).Recommendations – Preganancy. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- CEULEMANS, M. *et al.* SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. **International Journal of Environmental Research and Public Health** ,[s. l.], v. 17, n. 18, 17 set. 2020.
- 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. **The Lancet**,[s. l.], v. 395, n. 10226, p. 809–815, 7 mar. 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**, São Paulo, v. 24, p. e210013, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>.
- CLARA, D. S. da. Atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente: respostas da Atenção Primária e o impacto do coronavírus. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 64–75, 2021. Doi: 10.52753/bis.v22i2.38640.
- COLLIER, A. Y. *et al.* Immunogenicity of COVID-19 mRNA Vaccines in Pregnant and Lactating Women. **JAMA**, v.325, n. 25, p. 2370-2380. 13 maio 2021.
- COLOGNESE, S. A. Brasiguaios: uma identidade na fronteira Brasil/Paraguai. **Revista de Tempo da Ciência**, Toledo, v. 19, n. 38, 2012.
- CONDELES, P. C. *et al.* Fatores associados à procura por pronto atendimento entre gestantes e puérperas com COVID-19. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. e65662, 28 jul. 2022.
- COOK, T. M.; FARRAR, J. J. COVID-19 vaccines: one step towards the beginning of the end of the global impact of the pandemic. **Anaesthesia**, [s. l.], v. 74, n. 4, dez. 2020.
- CORDEIRO, G. de O. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes e puérperas brasileiras no contexto da pandemia de COVID-19, em 2020. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 46, n. 3, p. 150–166, 30 set. 2022.
- COSTA, L.D. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, 24 jun. 2016.
- COSTA *et al.* Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, 2022.
- COTARELO, A. K.*et al.* Impacto del COVID-19 en las emociones de mujeres embarazadas con diabetes gestacional. **Journalof negative & no positive results** , [s. l.], v.5, n.8, p.891–904, 12 jul. 2020.

COUTINHO, R. C. *et al.* Considerações sobre a pandemia de COVID-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. **Rev. bras. estud popul.**, São Paulo, v. 37, 2020.

COUTINHO, T. *et al.* Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.32, p.563–569,2010.

CUNHA, A. C. *et al.* Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, p. 459–470, abr./jun. 2019.

CZERESNIA, R. M. *et al.* SARS-CoV-2 and Pregnancy: A Review of the Facts. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 42, n. 9, p. 562–568, set. 2020.

DUBEY, P. *et al.* Maternal and neonatal characteristics and outcomes among COVID-19 infected women: An updated systematic review and meta-analysis. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 252, p. 490–501, set. 2020.

ESTRELA, F. M. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2020.

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.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19**. Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamentodurante-a-pandemia-da-Covid-19>. Acesso em: 8 jun. 2022.

FEITOSA, F. E.de L.; FEITOSA, E.S. de L. Rotura uterina: da suspeita ao tratamento. **Femina**, São Paulo, v.50, n.9, p. 568–571, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1397894/femina-2022-509-568-571.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

FLORES, K. F. *et al.* Asthma prevalence among women aged 18 to 44 in the United States: National health and nutrition examination survey 2001–2016. **Journal of Asthma**, p. 1–10, 24 abr. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **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-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS(UNFPA). **A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia**. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da>

mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu.Acessoem: 25 jan. 2023.

GALLANT, A. J. *et al.* Identifying H1N1 and COVID-19 vaccine hesitancy or refusal among health care providers: a scoping review. **JBI evidencesynthesis** ,[s. l.], v. 21, n. 5, p. 913–951, 2023. doi:10.11124/JBIES-22-00112.

GÓES, F. G. B. *et al.* Best practices in newborncare in Covid-19 times: anintegrative review. **Texto&Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 29, 2020.

GONZALEZ, R. A.; ALDERDICE, F. The COVID-19 pandemic and perinatal mental health. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**,[s. l.], v. 38, n. 3, p. 223–225, 26 maio 2020.

GUZMAN, G. S.; BANAL-SILAO, M. J. B. Antenatal care utilization during the COVID-19 pandemic: an online cross-sectional survey among Filipino women. **BMC Pregnancy and Childbirth**,[s. l.], v. 22, n. 1, 12 dez. 2022.

GRAHAN, W. J. *et al.* Protecting hard-won gains for mothers and newborns in low-income and middle-income countries in the face of COVID-19: call for a service safety net. **BMJ Global Health** ,[s. l.], v. 5, n. 6, p. e002754, jun. 2020.

GRAY K.J. *et al.* Coronavirus disease 2019 vaccine response in pregnant and lactating women: a cohort study. **Am J ObstetGynecol**, 2021. Disponível em: <http://www.ajog.org/article/S0002937821001873/fulltext> 18. Acessoem: 7 jan. 2023.

HEALY, C. M. Covid-19 in Pregnant Women and Their Newborn Infants.**JAMAPediatrics**, Chicago, v. 175, n. 8, p. 781-783, Apr. 2021.

HENDERSON, M. S. G. *et al.* America’s Racial Reckoning Within Perinatal Communication: A Rapid Review Using Sociotechnical Systems Theory to Compare Publications Before and After 2020. **Journal of primary care&community health**,[s. l.], v. 14, 2023. doi:10.1177/21501319231163123

HMCC. Costa Cavalcanti recebe recertificação de Hospital Amigo da Criança – Hospital Ministro Costa Cavalcanti, 29 set. 2023. Disponível em: <https://hmcc.com.br/2023/09/29/costa-cavalcanti-recebe-recertificacao-de-hospital-amigo-da-crianca/>. Acesso em:2 nov. 2023.

HMCC. Hospital Costa Cavalcanti comemora 44 anos de conquistas com visão de futuro, 30 jun. 2023. Disponível em: <https://hmcc.com.br/2023/06/30/hospital-costa-cavalcanti-comemora-44-anos-de-conquistas-com-visao-de-futuro/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

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://www.scielo.br/j/ape/a/tt3Y6pqFfw5b8KrymRVmBYb/?lang=pt>.Acesso em:8 dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 2 jun. 2022.

INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL (ISM). Impactos da COVID-19 nas fronteiras do MERCOSUL – em termos de saúde e cooperação regional. Disponível em: <http://www.ismercosur.org/pt/impactos-Covid-19-saude/>. Acesso em: 23 dez. 2022.

KINGSLEY, J. P. *et al.* The Changing Aspects of Motherhood in Face of the COVID-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries. **Maternal and Child Health Journal** ,[s. l.], v. 25, n. 1, p. 15–21, 26 nov. 2020.

JAMIESON, D. J.; RASMUSSEN, S. A. An update on COVID-19 and pregnancy. **American journal of obstetrics and gynecology**,[s. l.], v. 226, n. 2, p. 177–186, 2022. doi:10.1016/j.ajog.2021.08.05

JOHNSON, T. A. *et al.* Impact of the COVID-19 Pandemic on Obstetric Interventions at a Public Hospital. **Women’s Health Issues** ,[s. l.], v. 33, n. 1, p. 10–16, jan. 2023.

LAJOS, G.J.; LUZ, A.G.; DO VALLE, C.C.R. Protocolo de Manejo Clínico de Gestantes com suspeita ou confirmação de Covid-19. **Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti CAISM/UNICAMP**. Disponível: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo-Manejo-Gestante-e-Covid-UNICAMP.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2022.

LANDELLE, C. *et al.* Considerations for de-escalating universal masking in healthcare centers. **Antimicrobial stewardship & healthcare epidemiology: ASHE**,[s. l.], v. 3, n. 1, e128, 2023. doi:10.1017/ash.2023.200.

LAMY, Z.C. *et al.* Experiences of women in prenatal, childbirth, and postpartum care during the COVID-19 pandemic in selected cities in Brazil: The resignification of the experience of pregnancy and giving birth. **Plos One** ,[s. l.], v. 18, n. 5, p. e0284773–e0284773, 5 maio 2023.

LÉLIS, B. B. *et al.* O sofrimento mental das gestantes em meio a pandemia do novo coronavírus no Brasil D online. **Revista de psicologia**, v. 14, n. 52, p. 442–451, out. 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2676>. Acesso em: 30 abr. 2022. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i52.2676>.

LOPES, P. F.; TOLEDO, V. P. Sentimentos do enfermeiro ao acolher paciente psiquiátrico agitado e agressivo. **Rev. enferm. UFPE online**. 2020.

LOPES, B. B. *et al.* Epidemiology of HIV in pregnant women and its relationship with the period of the COVID-19 pandemic. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, 2023.

LUCCHESI, R. *et al.* Factors associated with the probability of common mental disorders in pregnant women: a cross-sectional study. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017.

MAIN, E. K.; LEONARD, S. A.; MENARD, M. K. Association of Maternal Comorbidity With Severe Maternal Morbidity: A Cohort Study of California Mothers Delivering Between

1997 and 2014. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 11_Supplement, p. S11–S18, 1 dez. 2020.

MARQUES, R. *et al.* Atendimento pré-natal na Atenção Primária à Saúde durante o período de pandemia da COVID-19. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, v. 10, n.4, p. 83-87. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354139843_Atendimento_pre-natal_na_Atencao_Primaria_a_Saude_durante_o_periodo_de_pandemia_da_COVID-19. Acesso em: 25 set. 2022.

MATTEI, G. N. *et al.* Repercussions of the COVID-19 pandemic in the assistance to the parturient woman: nursing gaze. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 22, 2 May 2023.

MASCARENHAS, V. H. A. *et al.* COVID-19 and the production of know led geregarding recommendations during pregnancy: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

MARTINS, A. K. S. O. *et al.* Impactos da COVID-19 durante a gestação. **E-Acadêmica**, v. 3, n. 2, 2022. DOI: 10.52076/eacad-v3i2.162. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/162>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MCLINTOSH, K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention. **UpToDate**. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-Covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>. Acesso em: 2 mar. 2021.

MENDONÇA, R.C.; RIBEIRO FILHO, J. Impacto da COVID-19 na saúde da gestante: evidências e recomendações. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências**, v. 4, n. 1, p. 107–116, 2021.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONCALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2135-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vnqDHFH5jc3rRWC3zPxfQBP/abstract/?lang=pt> Acesso em: 1 jun. 2022.

MENEZES, M.O. *et al.* Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública** v.36 n.8, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00164820.

MENEZES, I. L. *et al.* Sífilis Adquirida no Brasil: Análise retrospectiva de uma década (2010 a 2020). **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 27 maio 2021.

METCALFE, A.; WICK, J.; RONKSLEY, P. Racial disparities in comorbidity and severe maternal morbidity/mortality in the United States: an analysis of temporal trends. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 97, n. 1, p. 89–96, 1 nov. 2018.

MOSTARDEIRO, L. R. *et al.* Coronavírus e o puerpério: um relato de caso. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 56, 2020.

MOZA, A. *et al.* Pregnancy Outcomes in SARS-CoV-2-Positive Patients: A 20-Month Retrospective Analysis of Delivery Cases. **Medicina (Kaunas)**, v. 59, n. 2, p. 341–341, 10 fev. 2023.

NOVAKOWISKI, R. D. F.; BAGGIO, M. A.; ZILLY, A. Atenção puerperal em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia de COVID-19. **Esc Anna Nery** [internet]. 27:e20220323, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0323pt>. Acesso em:

OLIVEIRA, S. de C. *et al.* Social and obstetric inequalities and vaccination in pregnant women. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 73, supl. 4, 2020.

OLIVEIRA, F. P. de; LIMA, M. R. da S.; FARIAS, F. L. R. de. Assistência à saúde de gestantes no contexto da pandemia do COVID-19. **Revista Interdisciplinar**, v. 14, n. 1, p. 15, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it.** 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). Acesso em: 2 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Breastfeeding and COVID-19.** 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-Covid-19>. Acesso em: 14 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha Informativa sobre COVID-19.** 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 30 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante pandemia de COVID-19,** 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-2-2022-servicos-essenciais-saude-enfrentam-interruptoes-continuas-durante-pandemia-covid>. Acesso em: 29 set. 2022.

OZALP, M. *et al.* Effect of COVID-19 pandemic process on prenatal diagnostic procedures. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 34, n. 23, p. 3952–3957, 1 set. 2020.

PAPAGEORGHIU *et al.* Preeclampsia and COVID-19: results from the INTERCOVID prospective longitudinal study. **Revista americana de obstetricia y ginecologia**, v. 225, jun. 2021.

PAIXÃO, G. P. do N. *et al.* A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 42, p. e20200165, 11 jun. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense.** Paraná: Sesa, 2022a. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi-_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf. Acesso em: 12 de mar 2022

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Estado investe R\$ 10,3 milhões para concluir obras da maternidade do HU de Cascavel**. Sesa,2022b. Disponível em:<https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Estado-investe-R-103-milhoes-para-concluir-obras-da-maternidade-do-HU-de-Cascavel>. Acesso em: 1 nov. 2023

PARANÁ.Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa das Regionais de Saúde**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude>. Acesso em: 1 nov. 2023.

PEREIRA, O. A.; WENDT, G. W. Manifestações clínicas e laboratoriais do novo coronavírus (COVID-19) em gestantes e análise do possível risco de transmissão vertical intrauterina: uma revisão sistemática. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 99, n. 6, p. 601–608, 20 dez. 2020.

PEREIRA, M. N. *et al.* COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 42, n. 8, p. 445–447, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715138>. Acesso em: 30 jan. 2023

PINHEIRO, J. M. F. *et al.* Prevalence on the complement in offering food to newborns. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 3, p. 869–878, jul. 2021.

PITO, A. L. B. S. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. São Paulo: Martinani, 2012.

POON, L. C. *et al.* Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: Information for health care professionals. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [s. l.], 4 abr. 2021.

RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 401–410, dez. 2008.

REN, L. L. *et al.* (2020). Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. **Chinese Medical Journal**, [s. l.], v. 199, p. 1015-1024.

SAHIN, B.; KABAKCI, E. N. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. **Women and Birth**, Melbourne, v. 34, n. 2, p. 162–169, oct. 2020.

SAFADI, M. A. P. The intriguing features of COVID-19 in children and its impact on the pandemic. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.96,p. 265-268, 2020.

SILVA, C. S. *et al.* Atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 4087–4098, abr. 2016.

SILVA A. L. M. *da et al.* Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [s. l.], v.34, p. e8633, 19 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reac.e8633.2021>

SILVEIRA, Cindy Macedo da et al. Estratégias de coping no processo gestacional e pré-natal em meio à pandemia COVID-19. **Cienc Cuid Saude**, [s. l.], v. 22. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/66100/751375155783>. Acesso em: 18 set. 2023.

SOARES, L. G. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Rev. méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 31, n. 1, p. 1–8, abril 2021.

SOLA, A. et al. COVID-19 perinatal en América Latina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, [s. l.], v. 44, p. 1, 31 jul. 2020.

SOUTO, S.A.; ALBUQUERQUE, R.S.; PRATA, A.P. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. **Rev.BrasEnferm.**, [s. l.], v. 73, supl. 2, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>.

SOUZA, H. C. C. et al. COVID-19 e gestação: manifestações clínicas, alterações laboratoriais e desfechos maternos, uma revisão sistemática de literatura COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 3, n. 6, p. 15901–15918. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-023>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SOUZA, S. da S. de et al. Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. **Journal Health NPEPS**, [s. l.], v. 6, n. 1, 10 jan. 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4994>. Acesso em: 13 abr. 2022.

STURGISS, E. et al. COVID-19 and access to sexual and reproductive healthcare for young people: An overview of the international literature and policy. **Australian journal of general practice**, Victoria, v. 51, n. 4, p. 271-77, 2022. doi:10.31128/AJGP-10-21-6206

TADESSE, E. Antenatal Care Service Utilization of Pregnant Women Attending Antenatal Care in Public Hospitals During the COVID-19 Pandemic Period. **International Journal of Women's Health**, London, v. 12, p. 1181–1188, dez. 2020.

TEIXEIRA, J. et al. Gestantes COVID-19 positivo, trabalho de parto e risco de transmissão vertical: revisão sistemática. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 60, p. 4654–4663, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i60p4654-4663. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1127>. Acesso em: 30abr. 2022.

TRAPANI J. A. et al. Childbirth, Puerperium and Abortion Care Protocol during the COVID-19 Pandemic. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.42, n.6, p.349–355, 2020.

UNIOESTE. 31 anos: Orgulho de ser Huop, 1 jun. 2020. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/central-de-noticias/15-hospital-universitario/54329-31-anos-orgulho-de-ser-huop>. Acesso: 10 nov. 2023.

VASCONCELOS, M. I. et al. Intervenção educativa em saúde com grupo de gestantes: estudantes de enfermagem em ação extensionista no interior do Ceará. **Expressa Extensão**, Pelotas, v. 21, n. 2, p. 108–118, 21 mar. 2017.

VIELLAS, E.F. *et al.* Assistência pré-natal en Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30,supl. 1, 2014.DOI: 10.1590/0102-311X00126013 .

VOUSDEN, N. *et al.* The incidence, characteristics and outcomes of pregnant women hospitalized with symptomatic and asymptomatic SARS-CoV-2 infection in the UK from March to September 2020: A national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). **PloS One**, San Francisco, v. 16, n. 5, 2021.

WATSON, C. Stillbirth rate rises dramatically during pandemic. **Nature**, Guelph, v. 585, n. 7826, p. 490–491, 15 set. 2020.

ZAMBRANO, L. D. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, [s. l.], v. 6, n. 69, p. 1641–1647, nov.2020.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para as gestantes/puérperas)

Prezada participante,

you are being invited to participate in the research “Enfrentamento da COVID-19 e a assistência materno-infantil” coordinated by Prof.^a Dr.^a Adriana Zilly. This research was approved by the Ethics Committee in Research that has the function of protecting ethically the participant in the research.

This study aims to analyze the impact of Covid-19 on maternal assistance in the pre-natal, birth and postpartum and follow-up of the child in the health services of the municipalities of the Regional Health of Ponta Grossa, Foz do Iguaçu, Cascavel, Londrina and Maringá.

You are being invited to participate in the research, as you have your pre-natal and birth during the pandemic of COVID-19. Your participation will consist in answering some questions and/or talking with the researcher with respect to your care and your perspectives during your pre-natal, birth and postpartum, as well as about the care of your child (a). The research will have two stages: collection of data in the hospital after the birth and also in the home visit in 06 months after the birth, to be scheduled previously in agreement with your availability.

You will not have any expense with the research and will not be remunerated for your participation. Your participation is voluntary, so it is not mandatory and you are free to decide whether or not to participate in any of the two stages, as well as, to withdraw your participation at any moment. You will not be penalized in any way if you do not want to participate, even if you have already started to answer the questions, you will be able to stop at any moment, both in the first and in the second phase. Confidentiality and privacy of the information presented by you will be guaranteed. Any data that could identify you will be omitted in the disclosure of the research results and the material stored in a secure local.

Still, the risks of this research will be the possibility of a breach of confidentiality, but it will be guaranteed the privacy and reliability of the data in all phases of the process, whether in the hospital or in the home visit, limiting access to the information of the research to the researcher and the team already defined, and for the participating research team to have access to the information contained in this study, they will be used for decoding the participants, with the intention that the same are not identified. The risks will be considered minimal, without interference of direct procedures, such as pre-natal and birth (focus of the instruments), as they have already occurred, and also for the reason that your name will not be identified, remaining in anonymity. The interview will be conducted in a private local in the hospital, with the presence of the researcher and in the home visit, on the date and time that you choose. The participants will be free to stop cooperating with the research at any moment, without prejudice to the same.

If you feel uncomfortable, tired or constrained, you have the option to interrupt the interview at any moment. The participants will not have any expense with the study and the same will not be remunerated for participating. If any situation relative to the well-being during the collection of data, it will be guaranteed the referral to the health service and the SAMU can be activated.

At any moment, during the research, or afterwards, you will be able to request information from the researcher about your participation and/or about the research, or you will be able to do so through the contact means described in this term. At the end of the research, all the material will be kept in an archive, for at least five years, according to resolution 466/2012 and orientations of the Ethics Committee in Research.

We inform you that the results of this research have academic/scientific objectives and will be disclosed in academic works and in scientific articles, as well as, they will be made available to the health managers.

If you want to communicate with the researcher and assistants, these are the addresses:

Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, 85851-100, Contato: **Adriana Zilly**, Telefone/ whatsapp: (45) 99927-2200.

If you need to inform any fact, or consequence of your participation in the research and if you feel uncomfortable in contacting the researcher, you will be able to contact the Permanent Ethics Committee in Research involving Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), from Tuesday to Friday, in the hours of 08h00 to 15h30min, in the Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel- PR. If you prefer, you can contact via Internet by e-mail: cep.prppg@unioeste.br or by phone of the CEP which is (45) 3220-3092.

Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Cascavel, R. Universitária, 1619 - Universitário Cascavel - PR, 85819-110, Contato: **Maria Aparecida Baggio**, Telefone/ whatsapp: (45) 99953-0974. If you need to inform any fact, or consequence of your participation in the research and if you feel uncomfortable in contacting the researcher, you will be able to contact the Permanent Ethics Committee in Research involving Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), from Tuesday to Friday, in the hours of 08h00 to 15h30min, in the 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.prrpg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790 - Zona 7, Maringá - PR, 87020-900, Contato: **Marcela Demitto Furtado**, Telefone/ whatsapp: (44) 99135-4166. Caso você precise informar algum fato, ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP): Av. Colombo, 5790, PPG, sala 4, 87020-900. Maringá-Pr. Fone/whatsapp: (44) 3011-4597, e-mail: copep@uem.br. Atendimento por e-mail ou whatsapp (durante o distanciamento físico imposto pela pandemia), de segunda a sexta-feira, das 8 às 11h30 e 14h às 17h30.

Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Rodovia Celso Garcia Cid, PR-445, Km 380 – Campus Universitário, Londrina - PR, 86057-970, Contato: **Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari**, Telefone/ whatsapp: (43) 99914-1138. Caso você precise informar algum fato, ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEL (CEP), LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr, Fone: (43) 3371-5455 ou cep268@uel.br.

Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, Praça Santos Andrade, 01 - Centro, Ponta Grossa - PR, 84010-330, Contato: **Ana Paula Xavier Ravelli**, Telefone/ whatsapp: (42) 9 9109-5576. Caso você precise informar algum fato, ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEPG, Av. Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Bloco M – Sala 116-B – Campus Universitário, 84030-900 – Ponta Grossa, PR Fone: (42) 3220-3108 ou E-mail: propesp-cep@uepg.br, Horário: Segunda a Sexta, 8h às 12h e 13h às 17h.

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, das duas fases previstas, mas estou ciente 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, __/__/2021.

APÊNDICE B– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Apêndice I – Instrumento de coleta de dados na maternidade		I. Aspectos Sócio-Demográficos	
Número do Instrumento/Ficha: _____		1. Idade _____ anos.	Entrevista
Data da Entrevista: ____/____/____; Entrevistador: _____		2. Raça/cor (1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	Entrevista
Regional de Saúde:		3. Situação conjugal (1) Com companheiro (2) Sem companheiro	Entrevista
Município: Local do parto:		4. Escolaridade MÃE anos de estudo da MÃE da criança	Entrevista
Data Admissão: ____/____/____ Data Parto: ____/____/____ Data ALTA: ____/____/____		5. Condição de Ocupação materna (1) Remunerada Qual profissão? (2) Não remunerada	Entrevista
Nome da Puérpera:		6. Renda familiar R\$.....	Entrevista
Registro Hospitalar (Prontuário): _____		6.1 N° de pessoas que moram na casa pessoas	Entrevista
LOCAL DE RESIDÊNCIA		7. Recebe Auxílio Emergencial; Bolsa Família ou Bolsa Gestante (1) Sim Qual(is)..... (2) Não	Entrevista
Endereço: _____ Nº.: _____		II. Antecedentes clínicos (ANTES DE ENGRAVIDAR)	
Bairro: _____ Zona: _____ Cidade: _____		8. Antecedentes Clínicos (1) Não tem antecedentes (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (5) Diabetes Mellitus (6) Hipotireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Infecção do trato urinário (9) Lúpus eritematoso sistêmico (10) Doença Mental (11) Artrite Reumatóide (12) Distúrbios de coagulação (13) Sífilis (14) Trabalho Parto prematuro (15) HIV (16) Obesidade (17) POT Cirurgia Bariátrica (18) Covid-19	CPN () Entrevista ()
UBS/USF de referência _____			9. Fez uso de alguma medicação para prevenção de Covid-19 (1) Sim Qual (2) Não
Telefone materno c/ whatsApp se possível: _____		III. GESTAÇÃO ANTERIOR	
Acesso ao facebook materno: _____		10. N° gestações anteriores (1) Nenhuma gestação anterior (2) Uma (3) Duas (4) Três (5) Quatro (6).....	CPN ()
Telefone paterno: _____		11. Intervalo Interpartal < 1 ano (1) Sim Motivo/causa:..... (2) Não	Entrevista
Telefone (s) parente mais próximo: _____		IV. Assistência Pré-Natal (GESTAÇÃO ATUAL)	
OBS do Entrevistador: _____		12. Desenvolveu alguma doença durante esta gestação (1) Não desenvolveu doenças (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Diabetes Mellitus (5) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (6) Hipotireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Doença Mental (9) Lúpus eritematoso sistêmico (10) Artrite Reumatóide (11) Infecção do trato urinário (12) Sífilis (13) Distúrbios de coagulação (14) HIV (15) Trabalho Parto prematuro (16) COVID-19 (Se positivo, ir para questão 12.1) (17) Outros	CPN () Entrevista ()
_____			12.1 Se positivo para COVID-19, em qual período da gestação? (1) 1º trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre

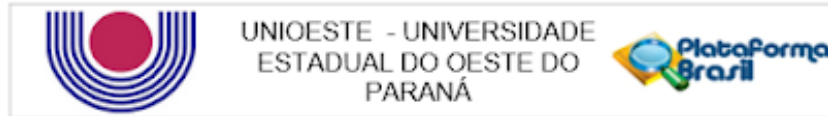
14. Local que realizou o pré-natal	(1) UBS (2) ambulatório público especializado (3) Convênio/particular (não foi atendida pela RMP) (4) UBS + convênio/particular (5) UBS + ambulatório público especializado (6) Telemedicina (consulta por telefone) (7) Outro Qual? _____	CPN () Entrevista ()
15. Classificação Risco Gestacional no Pré-Natal	(1) Risco Habitual (RH) (2) Risco Intermediário (RI) (3) Alto Risco (AR)	CPN () Entrevista ()
16. Foi informada ou orientada sobre esta Classificação de Risco	(1) Sim (2) Não	Entrevista
17. Se classificada gestação RI ou AR	(1) Continuou o acompanhamento na UBS de origem (2) Não continuou. Por quê? _____	CPN () Entrevista ()
18. Durante Pré-Natal precisou ser encaminhada para algum especialista ou serviço especializado	(1) Sim Qual? _____ (2) Não	CPN () Entrevista ()
19. A gravidez foi planejada?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
20. Estava usando algum método de contracepção quando engravidou	(1) Sim, qual? _____ (2) Não	Entrevista
21. Idade Gestacionalsemanas (1) DUM ____/____/____ (2) USG ____/____/____ (3) Outros:	CPN () Entrevista ()
22. Número de Ultrasson realizados durante o pré-natal	() USG Obstétrico, quantos?	CPN () Entrevista ()
	() USG Morfológico, quantos?	
	() Não realizou	
23. Consulta com Odontologia	(1) Sim (6) Não fez - responda a questão 24	CPN () Entrevista ()
24. SE NÃO FEZ consulta odontológica no pré-natal qual MOTIVO	(1) Não foi necessário (2) Suspendido pela pandemia (3) Medo de sair de casa devido à pandemia	Entrevista
25. Participou grupos gestantes Pré-natal	(1) Sim (2) Não responda a questão 26	Entrevista
26. SE NÃO PARTICIPOU de grupos no pré-natal qual MOTIVO	(1) Não considero necessário (2) Suspendido pela pandemia (3) Medo de sair de casa devido à pandemia	Entrevista
27. Assistência Pré-Natal (Classificação Adequação Pré-Natal)	Início do PN: () < 14ª sem. () 14ª - 27ª sem. () > 27ª sem. Nº total de consultas: ()	CPN ()

28. Exames Laboratoriais durante o Pré-Natal			CPN ()
1º Trimestre (4 – 12 sem)	2º Trimestre (13-21sem)	3º Trimestre (28-42sem)	
() Tipagem ABO/Rh () Coombs Indireto (Se Rh -) () Hemograma () Glicemia () TR HIV () TR Hepatite B () TR Hepatite C () TR de Sífilis () Toxoplasmose (JlgG / JlgM () Urina I () Urocultura () TSH () Eletroforese de hemoglobina () FTA-ABS () VDRL	() Coombs Indireto (Se Rh -) () Hemograma () Glicemia () TR HIV () TR Hepatite B () TR Hepatite C () TR de Sífilis () Toxoplasmose (JlgG / JlgM () Urina I () Urocultura () TTG (curva glicêmica) () FTA-ABS () VDRL	() Coombs Indireto (Se Rh -) () Hemograma () Glicemia () TR HIV () TR Hepatite B () TR Hepatite C () TR de Sífilis () Toxoplasmose (JlgG / JlgM () Urina I () Urocultura () Hematócrito/Hemoglobina () FTA-ABS () VDRL	
29. SE NÃO FEZ algum exame, QUAL MOTIVO?	(1) Não ofertado devido à pandemia (2) Medo de sair de casa devido a pandemia	(2) Pré-natal início tardio	CPN () Entrevista ()
30. Vacinação Anti-Tetânica (DTPA)	(1) Completo – Dose única (após 20 semanas IG) (2) Não fez - Motivo?		CPN () Entrevista ()
31. Vacinação Anti-Hepatite B	(1) Completo - 1ª dose, 2ª dose e reforço (2) Incompleto - Motivo?		CPN () Entrevista ()
32. Vacina de gripe (H1N1)	(1) Completo – Dose única (2) Não fez - Motivo?		CPN () Entrevista ()
33. Vacina da Covid-19	(1) Completo – 1ª e 2ª dose (2) Incompleto – Motivo?		CPN () Entrevista ()
34. Coleta de Citologia Oncótica	(1) Colhido preventivo no pré-natal (2) Colheu antes da gravidez num período menor de 1 ano (3) Não realizou		CPN () Entrevista ()
35. Usou ácido fólico?	(1) Sim (2) Não, Motivo?		CPN () Entrevista ()
36. Usou sulfato ferroso?	(1) Sim (2) Não, Motivo?		CPN () Entrevista ()
37. Foi informada sobre o hospital de referência?	(1) Sim, Qual? _____ (2) Não		Entrevista
38. Visita à maternidade	(1) Foi informada (2) Não foi informada (3) Visitou (4) Não visitou		Entrevista

39. Na gestação apresentou intercorrência(s) que precisasse de atendimento de urgência e emergência?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
40. SE INTERCORRÊNCIAS buscou qual serviço	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital (4) Consultório médico (convênio/particular) (5) outro serviço:	Entrevista
41. Como considera o atendimento no seu pré-natal	(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Não sei	Entrevista
43. Durante o pré-natal você foi orientada pela equipe de saúde sobre as medidas de prevenção do COVID-19?	(1) Distanciamento físico (2) Uso da máscara (3) Etiqueta respiratória (4) Higienização correta das mãos (álcool 70% ou água e sabão) (5) Nenhuma das alternativas (6) Todas as alternativas	Entrevista
44. Quando você comparecia para as consultas de pré-natal era exigido o uso de máscaras?	(1) Sim, todas as vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Nunca foi exigido o uso de máscaras	Entrevista
45. Durante o pré-natal, quando você comparecia para as consultas, os profissionais de saúde faziam uso de máscaras?	(1) Sim, todas as vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Nunca fizeram uso de máscaras	
46. Quando você comparecia para as consultas de pré-natal estava disponível o álcool 70% para que você realizasse a higiene das mãos?	(1) Sim, todas as vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Nunca esteve disponível	Entrevista
47. Quando você comparecia para realizar as consultas de pré-natal, existiam muitas pessoas presentes na sala de espera? Ou muitas pessoas ficavam aglomeradas aguardando o atendimento?	(1) Sim, todas as vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Nunca	Entrevista
48. Foi disponibilizado algum contato telefônico ou via e-mail para que você pudesse entrar em contato durante o pré-natal para tirar alguma dúvida, agendar consultas, ou mesmo receber algum tipo de atendimento para não ter que ir presencialmente a Unidade de Saúde?	(1) Sim, foi disponibilizado (2) Não foi disponibilizado	Entrevista
49. Em relação a triagem respiratória, antes de cada consulta de pré-natal, algum profissional de saúde lhe avaliou em relação a presença de tosse, espirro, febre, dor de garganta, contato com pessoas que tiveram covid-19, entre outros sinais e sintomas de Covid-19??	(1) Sim, todas as vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Nunca	Entrevista
50. Você apresentou algum desses sintomas citados na questão anterior? Se sim, fez algum teste?	(1) Sim, fez teste (2) Sim, mas não fez teste Não apresentou sintomas	Entrevista
51. Você foi afastada das suas funções laborais durante a gestação para a prevenção da Covid-19??	(1) Sim (2) Não (se não, ir para questão 51.1)	Entrevista
51.1 Motivo do não afastamento	(1) Não tinha vínculo empregatício (2) Não quis ser afastada (3) Empregador não ofereceu afastamento	Entrevista

52. Você teve Covid-19 durante a gestação?	(1) Sim (se sim, vá para questão 53) (2) Não	Entrevista
53. Se teve Covid-19, precisou ficar hospitalizada?	(1) Sim (2) Não (3) Não teve Covid-19	Entrevista
54. Você ficou com medo de ser contaminado pela Covid-19 durante a gestação?	(1) Sim (2) Não	Entrevista

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



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: 39080120.1.0000.0107

Instituição Proponente: CCB Colegiado de Ciências Biológicas

Patrocinador Principal: Fundação Areucária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.730.706

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: 39080120.1.0000.0107

Submetido em: 24/05/2021

Instituição Proponente: CCB Colegiado de Ciências Biológicas

Situação da Versão do Projeto: Em relatório

Objetivo da Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anteriormente apresentada

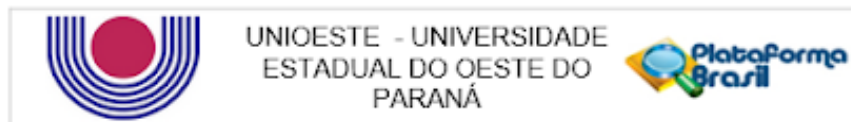
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069	CEP: 85.819-110
Bairro: UNIVERSITARIO	
UF: PR Município: CASCAVEL	
Telefone: (41)3220-3092	E-mail: cep.proppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.730.756

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_IV.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))