



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Claudia da Silva Teixeira de Santana**

**O gerenciamento do processo assistencial das gestantes durante a pandemia  
da COVID-19: uma análise a partir do pensamento complexo**

Rio de Janeiro

2023

Claudia da Silva Teixeira de Santana

**O gerenciamento do processo assistencial das gestantes durante a pandemia  
da COVID-19: uma análise a partir do pensamento complexo**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre, ao  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem  
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Área de concentração: Enfermagem, Saúde e  
Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S232 Santana, Claudia da Silva Teixeira de.  
O gerenciamento do processo assistencial das gestantes durante a pandemia da COVID-19: uma análise a partir do pensamento complexo / Claudia da Silva Teixeira de Santana. - 2023.  
167 f.

Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Administração dos cuidados ao paciente. 2. Maternidades. 3. Gestantes. 4. Modelos de enfermagem. 5. COVID-19. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Kárin Paz CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Claudia da Silva Teixeira de Santana

**O gerenciamento do processo assistencial das gestantes durante a pandemia  
da COVID-19: uma análise a partir do pensamento complexo**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de pesquisa: Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 25 de maio de 2023.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marluci Andrade Conceição Stipp  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Amaral Prata  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades a mim concedidas e por ter me sustentado com Sua bondade e misericórdia, guiando-me em todos os momentos da minha trajetória.

À minha família e aos amigos que sempre me apoiaram e incentivaram nos estudos, compreendendo as minhas renúncias e privações, por saberem que é essa minha escolha e pelo amor com que me dedico à enfermagem obstétrica.

À professora Adriana Lenho, a qual tenho tamanha admiração pela sua competência e dedicação, por ter me orientado de forma empática, acreditado em mim e estar sempre disposta a me ensinar.

Aos docentes do PPGENF/UERJ pela condução zelosa do meu processo de aprendizagem durante o curso de mestrado.

Às professoras doutoras que compuseram as bancas examinadoras pelo tempo que dedicaram à análise crítica do relatório de pesquisa e pelas valiosas contribuições que iluminaram o percurso de chegada até a defesa desta dissertação.

Aos profissionais que participaram da pesquisa por responderem prontamente o meu convite, pela demonstração de disponibilidade nas entrevistas e empenho em contribuir com a pesquisa apesar do período pandêmico ainda estar em curso.

Aos colegas da turma de mestrado, pois, mesmo de modo distante pela pandemia, souberam dar apoio e ânimo nos momentos de cansaço e relativo desespero pelas exigências e demandas durante o curso de mestrado.

Aos meus colegas de trabalho, em agradecimento pelas manifestações de incentivo e compreensão diante das minhas limitações na interação com os mesmos nesses dois anos em que me dediquei com afinco aos estudos.

A todos que oraram e me impulsionaram para tornar o meu sonho em realidade.

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

*Paulo Freire*

## RESUMO

SANTANA, Claudia da Silva Teixeira de. **O gerenciamento do processo assistencial das gestantes durante a pandemia da COVID-19: uma análise a partir do pensamento complexo.** 2023. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O contexto pandêmico exigiu mudanças no gerenciamento assistencial às mulheres grávidas nos hospitais, mas foram reportadas restrições de direitos, complicações e mortes maternas decorrentes da covid-19. A pesquisa objetivou discutir o gerenciamento do processo de assistência hospitalar às gestantes durante a pandemia da covid-19 na perspectiva dos profissionais da enfermagem e medicina. Os objetivos específicos foram estes: descrever as experiências e estratégias de gerenciamento da assistência das gestantes durante a pandemia da covid-19, segundo os profissionais da enfermagem e da medicina; identificar os desafios e potencialidades do gerenciamento da assistência hospitalar durante a pandemia na perspectiva desses profissionais. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória-descritiva, com 19 profissionais da enfermagem e da medicina, atuantes na linha de frente da covid-19 na atenção obstétrica da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. As entrevistas foram semiestruturadas, sendo 18 presencialmente e uma por videochamada, de março a julho de 2022. A análise temática foi utilizada e ancorada nos pressupostos do pensamento complexo e sistema adaptativo complexo. O estudo atendeu as legislações éticas da pesquisa com seres humanos. Três categorias temáticas foram construídas: experiências vivenciadas pelos profissionais da enfermagem e da medicina frente ao advento da pandemia da covid-19; estratégias gerenciais no enfrentamento da pandemia; desafios e potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar durante a pandemia da covid-19. Os entrevistados apresentaram o sentimento de medo inicial pelo desconhecimento sobre a doença e alto risco de contágio. As estratégias gerenciais foram as seguintes: criação e implementação de protocolos; capacitações do pessoal; uso de aplicativos de grupos de mensagem e vídeos educativos; organização de ambientes adaptados para os casos suspeitos e confirmados; adaptações de processos e recursos; contingenciamento de recursos e equipamentos de proteção individual e incentivo ao uso das medidas protetivas pela equipe e clientela. Os desafios enfrentados se referem a estes pontos: infraestrutura inadequada; despreparo profissional, adesão limitada às medidas protetivas, especialmente após a vacinação contra a covid-19, aumento da demanda assistencial e sobrecarga de trabalho. As potencialidades identificadas foram: padronizações de procedimentos, auto-organização da instituição e melhoria na coesão, cooperação, comunicação e feedback dos agentes. O gerenciamento do processo assistencial hospitalar realizou adaptações, improvisações e retroalimentação do sistema de cuidados maternos frente às imprevisibilidades causadas pela crise sanitária, configurando-se num sistema adaptativo complexo, que propiciou a adaptabilidade, auto-organização e aprendizagem institucional e dos agentes, mas algumas mudanças não foram permanentes. A gestão da saúde e gerência assistencial devem investir na capacitação da atenção obstétrica para situações de desastres e crise sanitária a fim de melhorar as competências dos agentes e as respostas do sistema essas situações para reduzir danos e mortes, obtendo assim resultados mais efetivos e seguros às mulheres grávidas.

Palavras-chave: Administração dos cuidados. Maternidades. Gestantes. Sistema Adaptativo Complexo. COVID-19.

## ABSTRACT

SANTANA, Claudia da Silva Teixeira de. **The management of the process of healthcare assistance for pregnant women during the COVID-19 pandemic: an analysis based on complex thinking.** 2023. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The context of the pandemic has demanded changes in the assistential care for pregnant women at the hospitals, but rights restrictions, complications, and maternal deaths due to COVID-19 have been reported. The research's objective was to discuss the management of the process of healthcare assistance for pregnant women during the COVID-19 pandemic from the perspective of healthcare workers. The specific objectives were: describing the management experiences and strategies of pregnant women during the COVID-19 pandemic, according to healthcare workers; identifying the challenges and potentialities of healthcare assistance management during the pandemic from said professionals' perspective. An exploratory descriptive qualitative research was conducted with 19 nurses and doctors who were on the COVID-19 Frontline for obstetrician healthcare in metropolitan region of the state of Rio de Janeiro. The interviews were semi-structured, with 18 of them being in person and one of them being online, from March to July 2022. The thematic analysis was based on the theoretical assumption of complex thinking and a complex adaptive system. The study met the ethical laws of research with human beings. Three theme categories were built: experiences of healthcare workers with the COVID-19 pandemic; management strategies to handle the pandemic; and challenges and potentialities of healthcare assistance management during COVID-19. The interviewees initially feared the virus due to their lack of knowledge about the disease and the high risk of contagion. The management strategies were: creating and implementing protocols; qualifying the staff; using group chats and educational videos; organizing adapted environments for suspected and confirmed cases; adapting processes and resources; planning for the contingency of resources and individual protection equipment and providing incentives for the use of protective measures by the team and clients. The challenges faced were: inadequate infrastructure; unprepared professionals, limited adherence to protective measures, especially after the vaccination against COVID-19, increased demand for healthcare, and work overload. The potentialities identified were: standardization of procedures, self-organization of the institution, and improvements in cohesion, cooperation, communication, and feedback from agents. The management of the healthcare assistance process performed adaptations, improvisations, and feed-back of the maternal care system due to the unpredictability caused by the pandemic, configuring a complex adaptive system that provided adaptability, self-organization, and learning for the institution and the agents, but some changes were not permanent. The management of health and care has to invest in the capacity of maternal care for situations of disaster and sanitary crisis in order to improve maternal healthcare skills and the system's responses to these situations, reducing damages and deaths and obtaining more effective and safer results for pregnant women.

Keywords: Health Services Administration. Maternity Hospital. Pregnant Women. Complex Adaptive System. COVID-19.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	19
Figura 2 - Amostragem em bola de neve na pesquisa.....	64
Figura 3 - Vivências dos profissionais frente ao advento da pandemia.....	70
Figura 4 - Interações na unidade materna hospitalar mediante ao caos.....	73
Figura 5 - Estratégias gerenciais no enfrentamento da covid-19.....	79
Figura 6 - Influências da pandemia da covid-19 no processo assistencial hospitalar.....	103

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Estratégia de busca no portal PUBMED.....	17
Quadro 2 -	Estratégia de busca na base SCOPUS.....	18
Quadro 3 -	Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.....	26
Quadro 4 -	Termos e conceitos aplicados no Sistema Adaptativo Complexo.....	51
Quadro 5 -	Características de um Sistema Adaptativo Complexo.....	54
Quadro 6 -	Idades relacionadas ao gênero.....	60
Quadro 7 -	Categorias relacionadas ao gênero e pós-graduação.....	61
Quadro 8 -	Tempo de atuação profissional e obstétrica dos entrevistados....	62
Quadro 9 -	Fases da análise temática dos dados.....	67
Quadro 10 -	Categorias e subcategorias temáticas do estudo.....	68
Quadro 11 -	Comparativo dos estudos que compuseram a revisão integrativa.....	154
Quadro 12 -	Caracterização dos participantes.....	157
Quadro 13 -	Códigos constituintes nas categorias.....	161

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
EA	Evento Adverso
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
MM	Mortalidade Materna
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OOBr	Observatório Obstétrico Brasileiro
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PC	Pensamento Complexo
RDC	Recursos Humanos
POP	Procedimento Operacional Padrão
RH	Recursos Humanos
RMM	Razão de Morte Materna
RN	Recém- Nascido
SAC	Sistema Adaptativo Complexo
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus2</i>
SG	Síndrome Gripal
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
UTINeo	Unidade Intensiva Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	12
1	<b>ENQUADRAMENTO TEMÁTICO.....</b>	24
1.1	<b>Marcos políticos e conceituais da segurança do paciente.....</b>	24
1.2	<b>COVID-19 e assistência materna hospitalar.....</b>	31
2	<b>MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....</b>	47
2.1	<b>Fundamentos do Pensamento Complexo.....</b>	47
2.2	<b>Sistema Adaptativo Complexo: conceitos e pressupostos.....</b>	50
3	<b>METODOLOGIA.....</b>	59
3.1	<b>Abordagem metodológica.....</b>	59
3.2	<b>Cenário do estudo.....</b>	59
3.3	<b>Participantes e critérios de inclusão e exclusão.....</b>	60
3.4	<b>Coleta de dados.....</b>	63
3.5	<b>Análise dos dados.....</b>	66
3.6	<b>Aspectos éticos em pesquisa.....</b>	69
4	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	70
4.1	<b>Experiências vivenciadas pelos profissionais da enfermagem e medicina frente ao advento da pandemia da Covid-19.....</b>	70
4.1.1	<u>Sentimentos dos agentes diante do caos.....</u>	71
4.1.2	<u>Adaptações autônomas dos agentes.....</u>	77
4.2	<b>Estratégias gerenciais no enfrentamento da pandemia.....</b>	78
4.2.1	<u>O processo de criação e implementação de protocolos assistenciais.....</u>	79
4.2.2	<u>A reorganização do processo assistencial.....</u>	84
4.2.2.1	Medidas para o manejo de casos suspeitos e confirmados.....	85
4.2.2.2	Medidas para reduzir a circulação de pessoas, evitar aglomerações e garantir o distanciamento físico.....	90
4.2.2.3	Medidas para lidar com o contingenciamento de recursos materiais.....	95
4.2.3	<u>O acompanhamento do processo assistencial.....</u>	98
4.3	<b>Desafios e potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar durante a pandemia da covid-19.....</b>	102

4.3.1	<u>Desafios do gerenciamento assistencial hospitalar</u> .....	104
4.3.2	<u>Potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar</u> .....	119
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	125
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	129
	<b>APÊNDICE A</b> – Comparativo dos estudos que compuseram a revisão integrativa.....	154
	<b>APÊNDICE B</b> – Caracterização dos participantes.....	157
	<b>APÊNDICE C</b> – Roteiro para a entrevista semiestruturada.....	159
	<b>APÊNDICE D</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	160
	<b>APÊNDICE E</b> – Códigos constituintes nas categorias.....	161
	<b>ANEXO</b> – Parecer consubstanciado do CEP.....	163

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa o gerenciamento do processo assistencial hospitalar para a segurança das gestantes durante a pandemia da covid-19.

O interesse pela temática decorre da minha vivência profissional como enfermeira na assistência obstétrica hospitalar e do contexto desafiador da saúde materna ocasionado por esse momento pandêmico. Em consequência dessas circunstâncias, mudanças no gerenciamento do processo assistencial às mulheres grávidas nos hospitais foram necessárias, a fim de garantir a segurança desse grupo populacional e mitigar os riscos de morbimortalidade materna em decorrência da covid-19.

A covid-19 é uma síndrome respiratória causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Em comparação às demais mulheres grávidas, as gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2 são particularmente susceptíveis a desenvolver formas graves da doença e ter desfechos obstétricos e neonatais negativos, sendo relatadas maiores taxas de mortes materna e fetal, parto prematuro, pré-eclâmpsia e cesariana de emergência (BRASIL, 2020c; SIQUEIRA et al., 2021;).

A partir dos dados epidemiológicos de 30 países e territórios das Américas, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de janeiro de 2020 a 20 de agosto de 2021, totalizaram-se 271.230 mulheres grávidas infectadas pelo SARS-CoV-2 e 2.619 óbitos maternos (OM), o que corresponde a taxa de mortalidade de 0,97%. Desta totalidade, o Brasil contabilizou 13.840 casos de covid-19 em gestantes e 1.189 mortes em decorrência dessa doença durante este período, representando a taxa de letalidade de 8,59%. Essa taxa é a mais elevada das Américas e é superior à verificada em países como Honduras (6,85%), Haiti (5,06%) e Paraguai (4,03%) (OPAS, 2021a).

A realidade da pandemia no Brasil tem sido preocupante pela sua elevada mortalidade materna, assim classificada antes mesmo do advento da pandemia. De acordo com o Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr), desde o início pandêmico, de março de 2020 até novembro de 2022, 2.049 gestantes e puérperas morreram pela covid-19. Desse total de mortes, 462 óbitos maternos em 2020, 1.524 óbitos em 2021 e 63 óbitos foram notificados em 2022 (FRANCISCO; RODRIGUES; VIEIRA, 2022).

Os casos de óbitos maternos pela covid-19 no país apresentam uma distribuição heterogênea entre as regiões brasileiras e têm associação com locais que apresentam alto grau de vulnerabilidade social. Essas áreas tendem a ter grandes desigualdades de renda e seus

habitantes exibirem piores condições de vida, saneamento básico, moradia inadequada, aglomeração e difícil acesso aos serviços de saúde. Além disso, as grávidas e puérperas são consideradas prioritárias para o recebimento das vacinas contra a covid-19, mas os dados da morte materna no país por essa doença alertam que há falhas nas orientações e nos cuidados prestados pelos serviços de saúde. Esse cenário desafiador exige medidas efetivas de adequação do processo assistencial, através de estratégias de gerenciamento do cuidado, para proporcionar a qualidade e segurança da assistência à população obstétrica (BRASIL, 2021g; RASMUSSEN, 2021; SIQUEIRA et al., 2021; SHELER, 2021). Para Godoi et al. (2021), as pesquisas sobre impactos da infecção pelo vírus da covid-19 nos cuidados clínicos, período gravídico-puerperal e desfechos perinatais ainda são limitadas, mas apontam para a necessidade de ampliar as estratégias e medidas de segurança dessa clientela vulnerável. Nesse sentido, vale ressaltar que o Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para Segurança do Paciente e convocados a reduzir a mortalidade materna evitável entre os anos de 2021 e 2030 (WHO, 2021a).

Com este desígnio, a segurança da paciente é promovida por meio de ações integradas entre gestores, gerentes e suas equipes, sendo essa integração considerada um desafio nos serviços de saúde. Os gerentes são os responsáveis pela efetivação dessa interação, coordenando o processo assistencial e viabilizando medidas estratégicas para a garantia de uma assistência qualificada e segura à clientela. Portanto, os gerentes do processo assistencial das unidades de saúde devem atuar ativamente na superação dos desafios para garantir a qualidade e segurança, e redução do risco de mortalidade materna por covid-19 através de estratégias de engajamento e qualificação das equipes de saúde por eles lideradas (GAMA, 2021).

Por outro lado, a covid-19 também desafiou os profissionais e gerentes para atuarem com agilidade e rapidez, com base no conhecimento geral de controle das infecções, uma vez que o SARS-CoV-2 era desconhecido até pouco tempo atrás e o segmento da saúde não estava preparado em correspondência à magnitude da pandemia que ele provocou. Por outro lado, a comunidade científica apresentou respostas em um ritmo surpreendente, com produção, evidências e divulgação de informações específicas sobre a doença (RENFREW et al., 2020). A resposta do sistema de saúde à covid-19 tem envolvido os serviços de maternidade em todo o mundo e esses estão sob um contexto de restrições e, ao mesmo tempo, de implementação de medidas de redução do risco de contágio e adoecimento da população, cuja maioria é composta por mulheres e bebês saudáveis e sem complicações graves.

No Reino Unido, os serviços foram reconfigurados para lidar com a escassez de pessoal, de 20% a 40% em algumas áreas, as limitações nos cuidados pré-natais e pós-natais, sendo instituídos atendimentos virtuais e restrições aos cuidados comunitários, apesar de sua importância no enfrentamento das epidemias, o que ocasionou o aumento do atendimento hospitalar das parturientes. Nos hospitais britânicos, a presença dos acompanhantes foi restringida e, por vezes, os bebês separados de suas mães sem motivos justificáveis. Os serviços de ambulâncias foram priorizados para pacientes com covid-19, ampliando as preocupações quanto à sua disponibilidade para transferências de emergência nas maternidades. Houve também a realocação do pessoal de enfermagem para dar suporte à demanda do atendimento na pandemia, estressando ainda mais os serviços de maternidade já sobrecarregados. O aumento das cesarianas e da ansiedade em mulheres grávidas também foram relatados (RENFREW et al., 2020).

No entanto, sabe-se que a obtenção de resultados satisfatórios na atenção obstétrica requer mudanças na assistência que dependem do gerenciamento efetivo do cuidado e esforços contínuos dos profissionais. Ademais, o avanço tecnológico por si só não consegue sustentar a melhoria dos indicadores de mortalidade materna e neonatal, havendo também desafios de apresentar respostas à sociedade para prevenção, controle e mitigação da covid-19 quando o sistema público brasileiro enfrenta dificuldades de financiamento para assegurar a qualidade do atendimento à população (ANDRADE; SCHMITT; OPAS, 2021b; RUOFF, 2017).

Portanto, especialmente em tempos de crise sanitária, manter as mulheres e os bebês seguros requer uma visão ampliada em torno dessa clientela, pois o enfoque exclusivo nas intervenções clínicas pode implicar no risco de perder elementos do cuidado que fazem a diferença para a segurança e bem-estar de mulheres e bebês, como garantir uma efetividade na assistência individualizada, com escuta respeitosa, entendendo o processo de aprendizagem por parte da clientela e profissionais sobre a questão, para oferecer orientações e conduzir o cuidado diferenciado (EVANS et al., 2021; RENFREW et al., 2020).

Para que o envolvimento da paciente seja concretizado de forma consistente, torna-se imperativo que ela seja inserida no topo das prioridades dos serviços de saúde. Sendo assim, o profissional, após certificação da capacidade de discernimento da paciente, deve fornecer informação de forma clara e honesta a respeito da natureza, duração, objetivos, riscos, efeitos ou inconvenientes. Desta forma, terá uma efetividade assistencial, por meio de uma relação de parceria, confirmando a real compreensão da paciente e esclarecendo suas eventuais dúvidas, de modo que ela possa realizar uma escolha consciente e informada (SOUSA & MENDES,

2019). Nessa perspectiva, a gerência da assistência obstétrica hospitalar tem a responsabilidade de engajar a equipe para que essa tenha aderência com as modificações necessárias para a garantia da segurança da população durante os cuidados e, assim, reduzir danos à saúde materna e neonatal e alcançar os melhores resultados possíveis.

Cabe esclarecer que a Norma Operacional Básica (NOB) nº 196 do Sistema Único de Saúde (SUS) conceitua a gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema, a exemplo do ambulatório, hospital, instituto, fundação etc. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, quer seja municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996). Assim sendo, as mudanças assistenciais podem ser entendidas como complexas e dependem de esforços contínuos dos membros da equipe de cuidados. A pandemia pode ter acentuado a magnitude dessa complexidade em virtude dos desafios adicionais ao processo de assistência em saúde, especialmente pelos riscos causados pelo vírus covid-19 para a saúde e vida das mães e seus bebês.

Em face das especificidades da pandemia na saúde materna, reconhece-se o hospital como uma organização complexa, onde diferentes agentes contribuem com os seus recursos para a produção de serviços. Essa instituição é também o lugar no qual cada indivíduo tenta explorar e se adaptar frente às incertezas e contradições para realizar os objetivos, sendo influenciado e influenciando o meio externo. Essas características organizacionais são desafiadoras para os gestores, gerentes, profissionais e pesquisadores. As pesquisas são úteis na avaliação das repercussões do bem-estar psicológico dos funcionários, mulheres e famílias; na compreensão de como os gerentes responderam à crise, das barreiras e facilitadores enfrentados na implementação das mudanças na dinâmica assistencial e análise do planejamento e capacitação da força de trabalho, dentre outras ações (EVANS et al., 2021; MORIN, 2015a; PYPE et al., 2018). Em consideração aos desafios da atenção às gestantes durante a pandemia da covid-19 e a necessidade de examinar o gerenciamento assistencial hospitalar conduzido para a segurança desse grupo populacional prioritário, formularam-se as seguintes questões norteadoras:

- a) Quais são as experiências vivenciadas e estratégias gerenciais utilizadas na assistência das gestantes durante a pandemia segundo os profissionais da enfermagem e medicina?
- b) Quais são os desafios e potencialidades da pandemia da covid-19 no processo assistencial hospitalar das gestantes na perspectiva destes trabalhadores?

A partir desses questionamentos foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Discutir o gerenciamento do processo de assistência hospitalar às gestantes durante a pandemia da covid-19 na perspectiva dos profissionais da enfermagem e medicina.

Objetivos específicos:

- a) Descrever as experiências e estratégias de gerenciamento da assistência das gestantes durante a pandemia da covid-19, segundo os profissionais da enfermagem e medicina;
- b) Identificar os desafios e potencialidades do gerenciamento da assistência hospitalar durante a pandemia na perspectiva desses profissionais.

Justifica-se a pesquisa pela prevalência de desfechos negativos em altas taxas de acometimentos e mortalidade materna durante a pandemia da covid-19, incentivando reflexões acerca dos processos de gerenciamento do cuidado hospitalar às gestantes e para outras doenças contagiosas emergentes direcionando ao paradigma da complexidade em virtude da tendência atual de recorrência de surtos epidêmicos, com potencial pandêmico ou não, e de endemias causadas por agentes infecciosos.

Percebeu-se a necessidade de contribuição devido o número baixo de produções sobre a temática durante a busca acerca do assunto sobre o gerenciamento assistencial hospitalar às gestantes durante a pandemia. Dessa forma, a pesquisa tem o intuito de contribuir com as autoridades de saúde pública, à assistência e ao ensino em saúde e enfermagem na qualificação dos profissionais, ao nortear em conhecimentos, habilidades e atitudes como estratégica e indispensável para o alcance da qualidade e segurança de um processo assistencial na atenção às gestantes e que valorizem a gerência assistencial. Em consideração a essas limitações no conhecimento, realizou-se uma revisão integrativa em outubro de 2021, a fim de elaborar uma síntese do estado do conhecimento sobre quais as práticas de gerenciamento do cuidado hospitalar em maternidades foram adotadas durante a pandemia da covid-19.

Para buscar as pesquisas disponíveis sobre a temática de interesse, utilizou-se o acrônimo PCC, em que (P) considera a população alvo do estudo; (C) conceito ou grupos; e (C) o contexto. O Acrônimo direcionou para P: Gestantes; C: Práticas de gerenciamento do cuidado hospitalar na pandemia covid-19; C: Maternidades.

Para a localização dos artigos publicados, após o preenchimento do mnemônico PCC, com o suporte de uma bibliotecária, obteve os descritores controlados do DECS/MESH com a pesquisa inicial nos repositórios de estratégias de busca on-line: Medical Subject headings

(MeSh) - Pregnant Women, Health Services Administration, COVID-19; Decs – Gestantes, Administração dos Cuidados ao Paciente, COVID-19.

Respeitando as estratégias de seleção e a seletividade dos vocabulários, foram feitas buscas a partir de palavras-chaves direcionadas para cada base de dados (Quadros 1 e 2), especificamente no portal PUBMED e na base de dados SCOPUS, pois estas constituem importantes fontes de informação internacional e contemplam também importantes periódicos nacionais das ciências da saúde.

Quadro 1- Estratégia de busca no portal PUBMED

PUBMED		
1	Pregnant Women	"Pregnant Women"[Mesh] OR "Pregnant Women" OR "PregnantWoman"
2	Health Services Administration	"Health Services Administration"[Mesh] OR "Health Services Administration" OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh]
3	COVID-19	"COVID-19"[Mesh] OR "COVID 19" OR "COVID-19" OR "Virus Disease" OR "COVID 19 Virus Disease" OR "COVID-19 Virus Diseases" OR "COVID-19 Virus Infection" OR "COVID 19 Virus Infection" OR "COVID-19 Virus Infections" OR "2019-nCoV Infection" OR "2019 nCoV Infection" OR "2019-nCoV Infections" OR "Coronavirus Disease-19" OR "Coronavirus Disease 19" OR "2019 Novel Coronavirus Disease" OR "2019 Novel Coronavirus Infection" OR "2019-nCoV Disease" OR "2019 nCoV Disease" OR "2019-nCoV Diseases" OR COVID19 OR "Coronavirus Disease 2019" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infection" OR "SARS CoV 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infections" OR "COVID-19 Pandemic" OR "COVID 19 Pandemic" OR "COVID-19 Pandemics" OR "SARS-CoV-2"[Mesh] OR "SARS-CoV-2" OR "Coronavirus Disease 2019 Virus" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019 Novel Coronaviruses" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia Virus" OR "SARS-CoV-2 Virus" OR "SARS CoV 2 Virus" OR "SARS-CoV-2 Viruses" OR "2019-nCoV" OR "COVID-19 Virus" OR "COVID 19 Virus" OR "COVID-19 Viruses" OR "Wuhan Coronavirus" OR "SARS Coronavirus 2" OR "Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2"
<b>#1 AND #2 AND #3</b>		

Fonte: A autora, 2023

Quadro 2- Estratégia de busca na Base SCOPUS

SCOPUS		
1	Pregnant Women	"Pregnant Women" OR "Pregnant Woman"
2	Health Services Administration	"Health Services Administration" OR "Maternal Health Services" OR "Maternal Health Service"
3	COVID-19	"COVID 19" OR "COVID-19" OR "Virus Disease" OR "COVID 19 Virus Disease" OR "COVID-19 Virus Diseases" OR "COVID-19 Virus Infection" OR "COVID 19 Virus Infection" OR "COVID-19 Virus Infections" OR "2019-nCoVInfection" OR "2019 nCoV Infection" OR "2019-nCoV Infections" OR "Coronavirus Disease-19" OR "Coronavirus Disease 19" OR "2019 Novel Coronavirus Disease" OR "2019 Novel Coronavirus Infection" OR "2019-nCoV Disease" OR "2019 nCoV Disease" OR "2019-nCoV Diseases" OR COVID19 OR "Coronavirus Disease 2019" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infection" OR "SARS CoV 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infections" OR "COVID-19 Pandemic" OR "COVID 19 Pandemic" OR "COVID-19 Pandemics" OR "SARS-CoV-2" OR "Coronavirus Disease 2019 Virus" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019 Novel Coronaviruses" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia Virus" OR "SARS-CoV-2 Virus" OR "SARS CoV 2 Virus" OR "SARS-CoV-2 Viruses" OR "2019-nCoV" OR "COVID-19 Virus" OR "COVID 19 Virus" OR "COVID-19 Viruses" OR "Wuhan Coronavirus" OR "SARS Coronavirus 2" OR "Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2"
<b>#1 AND #2 AND #3</b>		

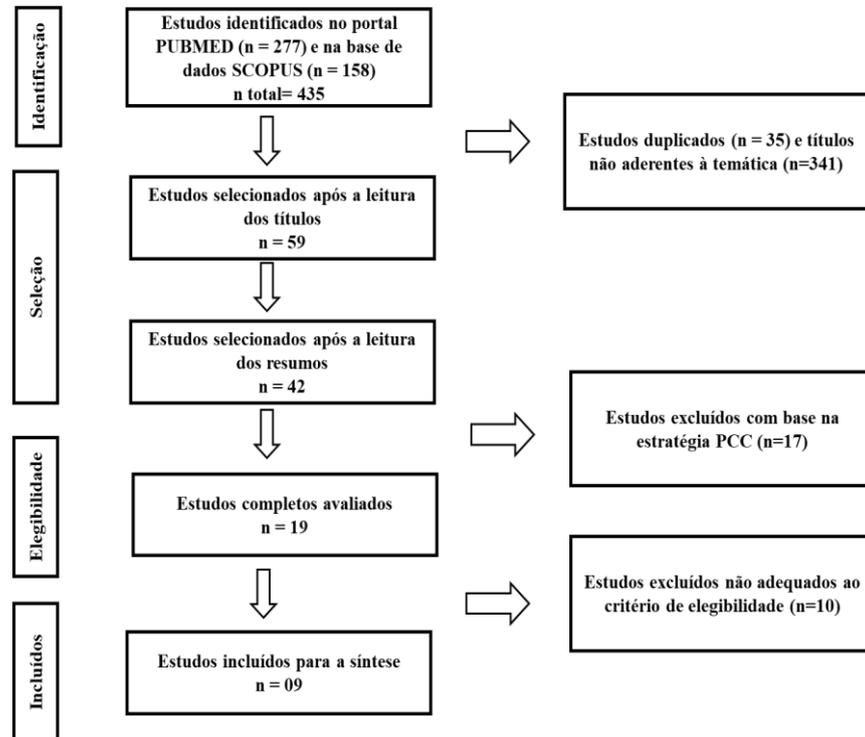
Fonte: A autora, 2023

Como critério de inclusão, foram elegíveis estudos publicados entre 2019 e 2021 sobre a temática de interesse desde o início da pandemia até sua continuidade por ocasião do desenvolvimento do plano de pesquisa.

Não houve restrições por idioma, mas aplicou-se um filtro pelos artigos completos e de acesso livre, sendo excluídos os artigos que destoaram do tema, como aqueles que eram estudos-piloto, relacionados exclusivamente ao cuidado ambulatorial e que versavam sobre diretrizes e protocolos.

O software gratuito *Rayyan* foi utilizado como auxiliar nos estudos de revisão, no qual realizou-se as fases de seleção e elegibilidade das pesquisas (Figura 1):

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Fonte: A autora, 2023.

Na terceira etapa, após a leitura completa dos textos, os dados foram organizados e sumarizados, possibilitando a elaboração de um quadro com as informações sobre o título, ano, periódico, país, tipo de estudo, objetivos e resultados dos estudos selecionados, como descreve o APÊNDICE A.

A maior parte destes estudos eram redigidos na língua inglesa e oriundos dos Estados Unidos da América e países europeus, com exceção de um artigo na língua espanhola. Entre as pesquisas que entrevistaram profissionais de saúde, dois estudos contemplaram os médicos obstetras, dois incluíam enfermeiras e os demais estudos contaram com a participação de doulas, gestantes e/ou equipe multiprofissional, como parteiras, obstetras e residentes de obstetrícia.

Com a leitura dos artigos na íntegra e o agrupamento temático dos seus resultados, foram construídos três temas: a) Percepção das mulheres; b) Percepção profissional e c) Treinamentos para tomada de decisão. Esses temas são apresentados a seguir.

#### a) Percepção das mulheres

Uma parte das mulheres reportou ser tranquilizada e informada com sensibilidade sobre as mudanças em suas experiências de parto em consequência das novas estratégias

frente à covid-19, mas outras não receberam esse cuidado de apoio. A restrição de parceiros na internação significava que os pais perderiam a possibilidade de presenciar o nascimento de seus bebês. Também houve uma forte crença entre as mulheres de que, embora o gerenciamento da covid-19 fosse prioridade imediata em todos os serviços de saúde, as gestantes nunca seriam esquecidas e, mais ainda, sempre seriam prioritárias para os profissionais e serviços de saúde. No entanto, apesar do reconhecimento da importância das modificações na prestação de serviços para sua proteção e demais pessoas da infecção pelo SARS-CoV-2, as gestantes revelaram o desapontamento com a perda da liberdade de escolha e autonomia, principalmente no que diz respeito ao plano de parto e o cuidado oferecido no trabalho de parto. Muitas mulheres reconheceram a importância da saúde mental e física durante a gravidez, parto e pós-parto durante a pandemia da covid-19 (SILVÉRIO et al., 2021).

Para o direcionamento da pesquisa, constatou-se dificuldades na execução dos protocolos estabelecidos para o cuidado da gestante durante a pandemia no nível organizacional e estrutural. As políticas e protocolos hospitalares em rápida mudança contribuíram para novos papéis e responsabilidades da equipe e exigiram adaptações nos processos de prestação de cuidados (GONZÁLES et al., 2020; IORGA et al, 2021). Por outro lado, identificou-se que a cesariana era a mais escolhida em mulheres grávidas com suspeita ou confirmação de covid-19, especialmente entre os médicos com mais tempo de atividade profissional, em resposta ao estresse por lidarem com essas mulheres em trabalho de parto (IORGA et al., 2021). Rastogi (2020) descreve o aumento da ocorrência de partos fora do hospital e de assistência ao parto em período expulsivo em gestantes positivas para SARS-CoV-2, como em pronto-socorro ou na unidade de terapia intensiva. As abordagens nessas situações demandam o apoio das lideranças clínicas, como diretores de divisão, para evitar o mau atendimento da clientela ou o aumento do risco de exposição dos profissionais de saúde. Esse contexto intensificou a necessidade de melhorias de protocolos e cuidados em unidades hospitalares, para que as gestantes, seus familiares e os profissionais de apoio ao parto possam ser acolhidos adequadamente e se sentirem seguros (RASTOGI, 2020). Os procedimentos centrados na segurança das pacientes e da equipe contribuirá para que os profissionais de saúde estejam em estado de prontidão e realizem um manejo obstétrico adequado, garantindo que eles se sintam mais confiantes em lidar com os momentos pandêmicos. É demonstrada a necessidade de saber lidar com as imprevisibilidades e lembrar da missão de minimizar os eventos adversos (RASTOGI, 2020).

## b) Percepção profissional

As enfermeiras relataram mudanças diretas e indiretas em seus papéis e responsabilidades como resultado de grandes mudanças na estrutura e prestação de cuidados maternos durante a pandemia de covid-19, como a limpeza do ambiente e coleta de sangue. Mostraram-se estressadas pelo aumento da demanda de atendimentos, pelas transferências ou realocações dos enfermeiros da equipe para outras responsabilidades; além do fornecimento inadequado de EPI ou o uso mal implementado deles. Sentiram-se especialmente cautelosas e atentas em condições de incerteza, aumento dos requisitos de controle de infecções e políticas hospitalares em rápida mudança, isso também fez com que as adaptações na prestação de cuidados e nos processos de trabalho exigissem mais tempo de preparação e, por sua vez, resultaram em menos tempo no cuidado direto ao paciente. Esse contexto adverso fez com que elas ficassem sensíveis emocionalmente e com dificuldades de raciocínio pela falta de tempo para o descanso mental (EDMOND; GEORGE; WEISETH, 2021; KANG et al, 2021).

Essas enfermeiras entrevistadas também externaram as suas expectativas relacionadas com a necessidade de apoio às pacientes e aos familiares e de orientações e práticas de controle de infecção, incluindo monitorar a adesão ao uso adequado de máscaras, garantir a lavagem adequada das mãos e avaliar sinais e sintomas sugestivos da covid-19 (EDMOND; GEORGE; WEISETH, 2021). Ademais, as enfermeiras perceberam o crescimento na profissão quando desenvolveram novos protocolos para a prática de covid-19 e estiveram envolvidas no atendimento de pacientes infectados (KUNG et al., 2021).

As doulas perceberam a preocupação das mulheres com a possibilidade de os familiares e seus recém-nascidos contraírem a covid-19. O acesso limitado das doulas nos hospitais e apoio às mulheres durante a gravidez e o parto prejudicou consideravelmente à assistência humanizada ao parto. Com essas limitações na permanência dessas profissionais junto às mulheres nas maternidades, elas perceberam que as clientes se sentiam ameaçadas pelo modo como o sistema de saúde administrou os primeiros dias da crise sanitária (ADAMS, 2020). Os médicos vivenciaram mais discussões profissionais por telefone ou on-line do que antes da pandemia. As médicas externaram preocupações com as medicações anticovid-19 e seus efeitos secundários e os médicos casados ficaram mais receosos com a interrupção de suas atividades se contraíssem o vírus, assim como o medo de imperícia ou erro no diagnóstico. Aqueles que ficaram mais temerosos de transmitir a doença aos seus familiares passaram a residir em outro lugar ou restringir suas visitas ou encontros com os

parentes. A insuficiência de equipamentos de proteção no início da pandemia foi uma forte fonte de estresse para esses profissionais (IORGA et al., 2021).

Na pesquisa de Szabo et al. (2021), o impacto pessoal foi sentido pelos médicos entrevistados, incluindo questões que afetaram a saúde e o bem-estar pessoal, desafios com a família e parentalidade, preocupações com a saúde mental, estresse, finanças e perda de renda. Os médicos residentes sentiram a diminuição da satisfação no trabalho, tiveram o pensamento de interrupções na formação obstétrica e perceberam mudanças na capacidade de acesso ao desenvolvimento profissional contínuo. Além disso, os entrevistados relataram impactos consideráveis sobre os parceiros das mulheres e pessoas de apoio ao parto, principalmente no caso de as mulheres precisarem comparecer sozinhas nas consultas clínicas e exames de ultrassonografia. Eles ressaltaram as necessidades de gerenciar comunicações rápidas com a equipe, mulheres e parceiros, principalmente de modo online.

Frente a esse contexto laboral desafiante, identificou-se que os trabalhadores apresentaram um nível alto de estresse pela sobrecarga de trabalho e aumento de suas responsabilidades. O uso de medicamentos para lidar com o estresse e a ingestão de bebidas energéticas e cafeína foram utilizadas por uma parte (37,23%) desses profissionais (GONZÁLES et al., 2020; IORGA et al., 2021).

### c) Treinamentos para tomada de decisão

Os treinamentos da equipe contribuíram para diminuir as informações conflitantes recebidas pelos casais de diferentes cuidadores. Esses treinamentos foram elaborados sobre higienização pessoal, colocação e retirada dos EPI, abordagem de vias aéreas de forma segura, instruções técnicas de ventilação pulmonar protetora para outros profissionais, a fim de possibilitar um ensaio das técnicas de troca profissional (RASTOGI, 2020).

Ao se determinar o coordenador do processo de cuidado, considerou-se prioritário implementar a segurança dos membros da equipe, minimizando a exposição dos funcionários, para os quais o protocolo de trabalho foi modificado e o grupo diretamente envolvido foi reduzido, permanecendo para apoio, se necessário. Isso reduziu o consumo de EPI, o tempo de preparação e o número de pessoas expostas. As dificuldades de comunicação foram resolvidas com o uso de celulares protegidos com plástico (GONZÁLES et al., 2020). A realização de um *briefing*, o ato de dar instruções e missões concisas e objetivas após os eventos para a análise das dificuldades encontradas e das ações necessárias, permitiu

estabelecer propostas de melhoria nos protocolos, facilitando a prática segura dos profissionais responsáveis por seu cuidado (GONZÁLES et al., 2020; RASTOGI, 2020).

Apesar da importância destas medidas de segurança do paciente, houve uma situação de separação incorreta das áreas restritas que resultou na possível contaminação de toda a área cirúrgica obstétrica, ocasionando o bloqueio da sala de cirurgia de mais de seis horas para limpeza e desinfecção. Essa ocorrência forçou a gerência a repensar o modelo de atendimento à parturiente com covid-19 e determinou a criação de uma área isolada dentro da unidade assistencial, onde passaram a ser realizados os cuidados nos três períodos do parto vaginal, a dilatação, a expulsão e o pós-parto imediato, equipado com os recursos materiais da área obstétrica e sem a necessidade de transferências de equipamentos e materiais do setor cirúrgico (GONZÁLES et al., 2020).

Por fim, e a partir da descrição da síntese de cada tema, identificaram-se desafios enfrentados pelas unidades hospitalares obstétricas no curso da pandemia da covid-19 que demandaram modificações do processo gerencial. As mulheres vivenciaram a perda de sua autonomia, desapontamento pelas restrições impostas no serviço, prejuízos nos cuidados relacionais e aumento dos desfechos por cesarianas. Os profissionais apresentaram alto nível de estresse laboral pelas incertezas, riscos de contágio, remanejamentos e intensificação de sua jornada de trabalho e responsabilidades, assim como pelo medo de adoecerem e transmitirem o SARS-CoV-2 para os seus familiares. Os treinamentos da equipe proporcionaram melhorias na comunicação e segurança do processo assistencial, havendo também a criação de protocolos assistenciais específicos e ambiente de cuidado restrito para as parturientes com suspeita ou positivas para a covid-19.

## 1 ENQUADRAMENTO TEMÁTICO

### 1.1 Marcos políticos e conceituais da segurança do paciente

Os cuidados de saúde, com demandas cada vez mais complexas, potencializam ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Diante dos avanços tecnológicos, da diversidade de sistemas e de processos organizacionais que abarcam o contexto da prestação assistencial de saúde no âmbito global, observa-se o interesse crescente por parte de pesquisadores e profissionais em abordagens voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente (SOUSA; MENDES, 2019).

Tais interesses impulsionaram a incorporação da segurança do paciente como um dos seis atributos da qualidade, juntamente com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. A segurança tem sido considerada como um atributo prioritário da qualidade nos sistemas de saúde, crescendo em sua importância para os profissionais, gestores de saúde, pacientes e seus familiares, especialmente frente ao contexto de cuidados em saúde baseados em evidências científicas (BRASIL, 2017; CAMARGO et al., 2017; CHASSIN; GALVIN, 1998; SILVA et al., 2021).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente visa reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Esses riscos associados aos cuidados de saúde é um desafio para a efetiva segurança do paciente e, em virtude disso, há uma trajetória de estudos e práticas em políticas públicas que buscam cuidados eficientes para tal finalidade (BRASIL, 2014b; WHO, 2009).

Dessa forma, o esforço para melhorar a segurança do paciente nos sistemas de saúde foi iniciado em 1999 e estimulado pela publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM), intitulado em inglês “*To err is human: building a safer health system*” e traduzido para o português como “*Errar é humano: construir um sistema de saúde mais seguro*”. Esse relatório afirmou que de 44.000 a 98.000 estadunidenses morreram a cada ano em consequência de erros médicos (CORRIGAN; DONALDSON; KOHN, 2000).

O relatório iniciou o debate acerca dos eventos adversos (EA) e da segurança do paciente, resultando em maior atenção da mídia, dos pesquisadores e dos profissionais de saúde, passando a essa temática ser reconhecida internacionalmente como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. A partir desse momento, foram feitas ações para buscar a

melhoria da segurança do paciente, pois parte desse movimento é fruto da constatação de que a ocorrência de eventos adversos (EA) envolve custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias (LAGUARDIA; MARTINS; REIS, 2013; WHO, 2013).

Estudos estimam que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde e, em particular, os eventos adversos (EA), afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos. Frente a essa magnitude, a OMS criou em 2002 um grupo de trabalho para estudar formas de avaliar os riscos que afetam a segurança do paciente nos serviços de saúde. Posteriormente, em 2004, a OMS estabeleceu a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente) por meio de resolução aprovada na 57ª Assembleia Mundial de Saúde, quando foi recomendado aos países membros darem o enfoque da segurança do paciente nos sistemas de saúde locais, tornando-a uma prioridade mundial (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014b, p. 7; SAGAWA et al., 2019; WHO, 2008; WHO, 2013).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de "Soluções para a Segurança do Paciente" que têm o propósito de promover melhorias específicas em áreas problemáticas da assistência. Assim sendo, destacam-se as seguintes metas internacionais: Meta 1 – Identificar corretamente os pacientes; Meta 2 – Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; Meta 3 – Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; Meta 4 – Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, que incluem a higiene adequada das mãos, e Meta 6 – Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas (WHO, 2008).

Destaca-se que o Brasil é um dos países integrantes da Aliança Mundial para Segurança do Paciente e, em consideração ao compromisso assumido, tem a responsabilidade de orientar medidas de segurança e qualidade aos serviços da atenção materna e neonatal, mas a sua implementação é um desafio até os dias atuais (SOUSA; MENDES, 2019).

Após serem elaboradas definições para erros e eventos adversos, a OMS organizou a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, com conceitos-chave da segurança do paciente, conforme apresentados no Quadro 3:

Quadro 3 - Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

<b>Dano</b>	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
<b>Risco</b>	Probabilidade de um incidente ocorrer.
<b>Incidente</b>	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
<b>Circunstância Notificável</b>	Incidente com potencial dano ou lesão.
<b>Near miss</b>	Incidente que não atingiu o paciente
<b>Incidente sem lesão</b>	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos
<b>Evento Adverso</b>	Incidente que resulta em dano ao paciente

Fonte: BRASIL, 2014b; WHO, 2009

O movimento para a segurança do paciente substituiu os sentimentos de culpa e vergonha por uma abordagem que propõe “repensar os processos assistenciais”, com o intuito de antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde. Assim, já que o erro é uma condição humana, prioriza-se o conhecer, o aprender e o prevenir erros nos serviços de saúde, a fim de estabelecer uma cultura de segurança, definida como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (ANVISA, 2013). Ademais, espera-se que os profissionais de saúde respondam aos seus Conselhos pelos atos de negligência, imperícia e imprudência, e que estes órgãos impulsionem a cultura de responsabilidade (ANVISA, 2011).

Em 2007, a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana convocou os países para priorizarem a segurança e qualidade da atenção nas políticas e programas de saúde, incluindo a temática da cultura organizacional, considerada como um conjunto de convicções, objetivos, normas, rituais e a forma de resolver os problemas pela equipe, e que espelha os objetivos e valores da organização (OPAS, 2012).

Acrescentando, em 2009, o Ministério da Saúde (MS) implementou a Política Nacional de Humanização (PNH), que têm as seguintes diretrizes: acolhimento, ampliação da clínica, gestão democrática, valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. A ampliação da clínica ou clínica ampliada diz respeito à integração de várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional (BRASIL, 2010).

Em 2011, com o propósito de ampliar as ações de qualidade e segurança em serviços de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 63, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, cujos padrões mínimos para o funcionamento desses serviços estão fundamentados, dentre outros critérios, na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2011).

Posteriormente, o MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e promover a implantação de ações voltadas para a segurança do paciente. A partir deste dispositivo legal, a responsabilidade da cultura de segurança e configurou com características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, envolvendo profissionais do cuidado direto e gestores como responsáveis pela própria segurança, demais trabalhadores da área, pacientes e familiares. Neste sentido, deve-se priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais, encorajar e recompensar a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, promovendo aprendizado organizacional a partir de incidentes e proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

No mesmo ano, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, para a instituição de ações de segurança do paciente e para melhorar a qualidade em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nestes estabelecimentos com o intuito de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. De acordo com essa RDC, as instituições devem dispor de NSP e seguir os protocolos básicos de segurança do paciente do MS, os quais correspondem às metas internacionais de segurança (BRASIL, 2013).

Os NSP's têm a missão de desenvolver e implementar planos estratégicos nos estabelecimentos de saúde, impulsionando um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, que perpassa pela identificação, prevenção, detecção e redução do risco; bem como pela recuperação do incidente e a resiliência do sistema. Além disso, atua também na observação e intervenção, quando necessário, para a adesão dos profissionais e pacientes a determinados procedimentos e tratamentos, alterações de estrutura e organização do trabalho (BRASIL, 2014b).

Corroborando, a 72ª Assembleia Mundial da Saúde propôs a ação global de segurança do paciente em 2019. No ano de 2021, o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente

foi aprovado na 74<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, visando atingir a máxima redução possível da ocorrência de danos evitáveis em razão de cuidados de saúde por meio do estímulo de políticas e ações baseadas na ciência, experiência do paciente, design de sistema e parcerias para eliminar todas as fontes de riscos e danos evitáveis aos pacientes e profissionais de saúde. Isso incentivou a inserção de pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros, além de infundir a cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde (WHO, 2021a).

No contexto brasileiro, um novo plano nacional de segurança do paciente para o período de 2021 a 2025 foi elaborado com vistas ao alcance de objetivos principais, entre outros, de fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; promover a vigilância, notificação e investigação dos incidentes e eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde, e intensificar a adesão dos serviços às práticas de segurança do paciente (ANVISA, 2021).

Em paralelo, a OMS propôs o seguinte slogan para o ano de 2021: “*Act now for safe and respectful childbirth!*”, cuja tradução livre para o português é “Atue agora para um parto seguro e respeitoso!”, destacando o cuidado seguro para a mãe e para o recém-nascido. Para isso, gestores, líderes e profissionais de saúde das unidades em todo o mundo foram convocados para a melhoria da segurança materna e neonatal, principalmente durante o parto e nascimento; redução das práticas desnecessárias e prejudiciais para mulheres e recém-nascidos durante o parto; fortalecimento da capacidade e o apoio dos profissionais de saúde para cuidados maternos e neonatais seguros; promoção de cuidados respeitosos para um parto seguro; melhorar o uso seguro de medicamentos e transfusões de sangue durante o parto; e registro e análise dos incidentes de segurança no parto (WHO, 2021b).

Apesar da redução de aproximadamente 44% da razão de Mortalidade Materna (RMM) mundial nos últimos 25 anos, ainda estamos abaixo da meta dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que propõe a diminuição de pelo menos 75% das mortes maternas até 2030. A OMS recomenda fortalecer os serviços de obstetrícia através da redução eficaz e sustentável da mortalidade, tanto de mães como de recém-nascidos, e qualificar os profissionais com ampla gama de destrezas na prática obstétrica para a obtenção de melhores resultados (ANDRADE & SCHIMITT, 2017; PADOVANI; RUOFF et al., 2018; WHO, 2015; WHO, 2021b).

O Brasil conseguiu reduzir em 8,4%, entre 2017 e 2018, a RMM de 64,5 para 59,1/100.000 nascidos vivos (NV), respectivamente. Apesar das ações governamentais, ainda existem práticas inadequadas que impactam negativamente na qualidade e segurança da saúde materna e neonatal. A persistência da elevada RMM se associa com danos recorrentes de

cuidados inadequados, como a intensa medicalização e altas taxas de cesarianas, o uso de intervenções desnecessárias e iatrogênicas, a ausência de privacidade da mulher e desrespeito a sua autonomia. Estas situações se configuram como graves violações dos direitos humanos, especialmente os relacionados com o direito das mulheres aos cuidados maternos dignos, respeitosos e seguros.

Isso coloca como pauta prioritária a promoção da assistência materna respeitosa, direcionada aos direitos humanos e centrada na dignidade da pessoa, bem como a necessidade de incluir indicadores sensíveis e confiáveis de aferição dos abusos e maus-tratos no parto, a fim de viabilizar mudanças nos contextos, práticas e culturas inseguras no cuidado à saúde. (BRASIL, 2020b; RODRIGUES et al., 2021)

Neste sentido, cabe ressaltar que, tanto o *near miss* quanto a morte materna estão relacionadas também às causas obstétricas diretas ou indiretas. As diretas são consideradas aquelas inteiramente ligadas à gestação, parto e puerpério, já as indiretas são consideradas decorrentes de doenças pré-existentes, que se desenvolveram em decorrência da gestação ou se agravaram por causa dela (BRASIL, 2014a).

Portanto, para alcançar a qualidade e segurança em saúde materna é preciso a identificação de EA e que isso leve a discussões dos processos assistenciais, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado às mulheres. Desse modo, com vistas à segurança no atendimento, faz-se necessário a mudança no modelo assistencial obstétrico, pautando-se no modelo humanístico, propiciando ambiente acolhedor, bem como a elaboração de protocolos que direcionem o profissional para a prática segura e baseada em evidências científicas (BRASIL, 2014a).

Para tanto, destaca-se a lista de verificação do parto seguro, elaborada pela OMS sob o título "*Safe Childbirth Checklist*", que objetiva melhorar a qualidade dos cuidados prestados na maternidade, a partir de uma lista de organização das atividades assistenciais no parto e nascimento, com vistas à prevenção das principais causas de óbitos maternos, partos de natimortos relacionados à intercorrências intraparto e mortes neonatais (OMS, 2016).

Destaca-se que, no processo assistencial, a falta de colaboração e coesão da equipe aumenta as dificuldades e reduz a efetividade da comunicação. A fragmentação do cuidado, principalmente aquela associada à falta de coordenação da equipe, é considerada pelos especialistas em segurança do paciente como um dos grandes desafios ou problemas da atualidade. Diante do aumento crescente da complexidade no cuidado em saúde, surgiram evidências da importância desse problema, que pode predispor a erros de comunicação durante as transferências de pacientes ou trocas de informações (SOUZA & MENDES, 2019).

Corroborando com tais considerações, a Rede Cegonha foi instituída no âmbito do SUS em 2011 e consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A organização desta rede de atenção à saúde materna e infantil objetiva a garantia do acesso, acolhimento e resolutividade, tendo entre suas diretrizes o trabalho multiprofissional a inserção da enfermeira obstétrica na prática assistencial. A Resolução do COFEN nº 516 de 2016 assegura legalmente a atuação desta especialista na gestão do cuidado ao parto sem distócia, sendo capaz de assegurar a qualidade da assistência, a coordenação do cuidado multiprofissional e o gerenciamento de processos de qualidade, ressaltando a importância da avaliação e monitoramento do cuidado oferecido à mulher (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014a).

Porém, mesmo com os avanços na mudança de modelo de assistência obstétrica e neonatal, em abril de 2022 surgiu a portaria 715, publicada no Diário Oficial da União, na qual se registrou um “retrocesso dos direitos humanos, das mulheres e das famílias brasileiras, incluindo os recém-nascidos, mas também expôs o ataque à enfermagem”, pois explicitou a tentativa da retomada da centralidade profissional e propôs a substituição da humanização da assistência com valorização das enfermeiras obstétricas e parteiras pelo destaque do risco com reforço do medo na vivência da natureza e da potência do corpo feminino. Isso influenciou negativamente na qualidade assistencial ao impelir em riscos de segurança no cuidado em que as mulheres e seus familiares não são incentivados ao reconhecimento e atuação contra as vulnerabilidades que podem existir durante o processo, fazendo com que essa portaria fosse revogada através da portaria GM/MS nº 13 de 13 de janeiro de 2023. (ZVEITER et al., 2022).

Em consonância com a dificuldade relatada, considerando especificamente a segurança da assistência obstétrica, Nicácio et al. (2020) e Rodrigues et al. (2021) identificaram o desconhecimento dos profissionais de enfermagem e medicina acerca da obrigatoriedade da existência do NSP nas maternidades estudadas e situadas no município do Rio de Janeiro, apesar da determinação da Anvisa desde 2013. Esse desconhecimento do NSP sugere possíveis desafios gerenciais e operacionais nos serviços na melhoria da segurança do processo assistencial e da organização do trabalho para viabilizar uma assistência qualificada às mulheres e aos seus bebês.

Diante desta realidade, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é um componente crítico para a adesão às práticas assistenciais seguras no cuidado de saúde e redução de riscos desnecessários em serviços, pois impulsiona a operacionalidade dos modelos de melhoria da

atenção à saúde pelas instituições de saúde aos seus usuários. No entanto, a cultura organizacional é vista como um fator crítico no avanço das melhorias pretendidas em face da tendência de se observar atitudes de aceitação do padrão cultural já estabelecido na assistência e trabalho em saúde (ANVISA 2014; ANVISA, 2022; RODRIGUES et al., 2021; VIANA, 2021).

Nesse cenário, percebe-se que, para mudar a atenção obstétrica dominante de forma efetiva, faz-se necessário uma mudança paradigmática, que favoreça a cooperação entre profissionais de saúde e pacientes, a capacitação para gerentes e gestores das maternidades, adesão às Práticas Baseadas em Evidências (PBE) científicas, organização em rede e gestão participativa nos serviços de saúde. O desconhecimento dos profissionais acerca das possibilidades de melhoria no serviço predispõe uma cascata de erros com subnotificações e vulnerabilidades nas estruturas, processos, comportamentos, práticas e valores político-organizacionais dos espaços sociais de cuidados à saúde (GOTHART, 2019).

A prevenção de incidentes, nessa perspectiva, é um componente essencial na qualidade e segurança, envolvendo diretrizes clínicas baseadas em evidências e listas de verificação padronizadas; processos eficazes de comunicação e transferência da responsabilidade pelos cuidados ao paciente para a sua continuidade; trabalho em equipe comprometido, cooperativo e respeitoso entre os seus membros; educação permanente e capacitação profissional contínua, inclusive por meio de simulações, além do comprometimento de gerentes e gestores com as ações de melhoria da segurança e qualidade na instituição (BATISTA et al., 2021; RODRIGUES et al., 2021).

Os serviços obstétricos precisam se apropriar do arcabouço teórico conceitual da qualidade em saúde e segurança do paciente, com a devida incorporação de métodos para conhecer e monitorar sua assistência, bem como implementar práticas a fim de prevenir incidentes, capacitar as equipes de saúde e criar um ambiente voltado para a melhoria da qualidade assistencial e da segurança da mulher e seu bebê para propiciar a maternidade segura e conseqüentemente o nascimento seguro (RODRIGUES et al., 2021).

## **1.2 COVID-19 e assistência materna hospitalar**

Inicialmente, no final de 2019, um surto de pneumonia de causa desconhecida emergiu em Wuhan, província de Hubei, na China. Posteriormente, foi identificado um novo

coronavírus denominado de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* ou Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), que se disseminou rapidamente por todos os continentes, ocasionando a *Coronavirus Disease 2019* ou doença do coronavírus19 (covid-19), acarretando milhares de mortes pelo mundo desde então (ZHU et al., 2020).

O SARS-CoV-2 é um vírus da família *Coronaviridae* e apresenta uma morfologia esférica, envelopado, com RNA de fita simples. Os primeiros vírus dessa família foram isolados em 1937 e descritos em 1965. Essa nomenclatura decorreu de sua imagem semelhante a uma coroa na microscopia. Posteriormente, diversos gêneros de coronavírus foram identificados e considerados responsáveis pela disseminação de doenças ao redor do mundo (SHCHELKANOV et al., 2020).

Através da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) quando constatou-se a transmissão comunitária do SARS-CoV-2 no país e foi reconhecida a situação que exigia medidas de prevenção urgentes, com controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. A complexidade dessa situação mobilizou esforços conjuntos dos serviços de saúde do SUS para adoção de medidas preventivas e de controle da doença. (BRASIL, 2020f; EVANS et al., 2021; MARQUES et al., 2020; RENFREW et al., 2020). Logo a seguir, em dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou oficialmente que o surto de covid-19 era uma pandemia, pois já tinham ocorrido 118.000 casos e 4.291 mortes em 114 países nessa ocasião (WHO, 2020a).

A transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer pelo contato direto, indireto ou próximo com pessoas infectadas por meio da saliva e secreções respiratórias expelidas como na tosse, espirros, no ato de falar ou cantar. A rápida disseminação da doença e a alta letalidade do vírus causam preocupação, além de ter ocorrido milhares de mortos no mundo desde o início da pandemia. A maior incidência de casos foi nas Américas, seguida dos continentes europeu, Sudeste Asiático, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e África. No Brasil, até 20 de novembro de 2022, foram registrados 34.999.495 casos e notificados 688.907 óbitos segundo o painel sobre covid-19 que é atualizado constantemente pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup> (ARTHUR; MANTOVANI; RIBOLI, 2020; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021f).

A covid-19 possui características clínicas bastante parecidas com as de outras infecções respiratórias, causando sintomas como febre, mialgia, tosse, fadiga e falta de ar. A

---

<sup>1</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Síntese de casos, óbitos, incidência e mortalidade. Painel Coronavírus Brasil. Acessado em 21 de novembro de 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

forma grave desta doença acarreta uma síndrome respiratória aguda grave, denominada de SARS ou SRAG, podendo causar disfunções em diversos órgãos e sistemas do corpo humano. O período de incubação do SARS-CoV-2 varia de 2 a 15 dias. Com o início da replicação viral, inicia-se o estágio I da infecção, no qual os sintomas respiratórios são os mais comuns, associados a perda de olfato e paladar, diarreia, dor abdominal e vômitos. No estágio II ocorre piora do comprometimento pulmonar, caracterizada por dispneia e hipóxia. O estágio III da infecção acomete principalmente indivíduos com algum nível de imunossupressão, sendo caracterizado por uma resposta hiperinflamatória sistêmica, necessitando, em geral, de cuidados intensivos (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021f; CHEN et al., 2020; MEHRA; SIDIGI, 2020).

O diagnóstico laboratorial pode ser feito pelos testes de sorologia ou de biologia molecular (RT-PCR). O teste de biologia molecular detecta a presença do vírus em amostras coletadas na nasofaringe, sendo o teste de escolha para pacientes sintomáticos na fase aguda, do 3º ao 7º dia de início dos sintomas. O exame imunológico identifica anticorpos do tipo IgM e IgG, devendo ser realizado a partir do 8º dia de início dos sintomas (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021f, BRASIL, 2021g). O tratamento da covid-19 é essencialmente de controle dos sintomas, com o objetivo de manter a hidratação, nutrição e oxigenação das pacientes estáveis, além das medidas de suporte de acordo com a gravidade de cada caso (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021f).

As gestantes e puérperas constituem um grupo populacional de risco para a covid-19 por serem vulneráveis à infecção e mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças respiratórias, em consequência das modificações próprias da gestação. A orientação do MS é que as gestantes e puérperas, com até o décimo quarto dia de pós-parto, devem ser consideradas de risco para a doença. Ademais, em países com altos números de infectados, verificou-se maior risco de complicações maternas e fetais, principalmente no terceiro trimestre de gestação, sendo que de 1 a 5% das mulheres com a infecção necessitaram de suporte ventilatório ou cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021f; HANTOUSHZADEH et al., 2020; RAMUSSEN & JAMIESON, 2020; SUTTON et al., 2020).

Sabe-se que o processo de gestação causa diversas mudanças fisiológicas no corpo feminino, acarretando predisposição para infecções, inclusive as respiratórias, como o aumento do diâmetro transversal da caixa torácica, vasodilatação da mucosa, elevação do diafragma, modificação do volume pulmonar e alterações na imunidade celular. As gestantes de alto risco, com morbidades associadas como diabetes, hipertensão e obesidade, apresentam

um risco maior do que aquelas que são saudáveis, comumente classificadas como gestantes de risco habitual, e que não receberam uma assistência adequada (BRASIL, 2020d).

A covid-19 em gestantes aumenta o risco de complicações como pneumonia e hipóxia e é necessário compreender que a febre é mais alarmante, pois ela pode aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e comprometimento do bem-estar fetal (BRASIL, 2020c; RCOG, 2020). Além disso, a covid-19 foi associada a piores desfechos clínicos em gestantes e puérperas brasileiras, mesmo na ausência de outros fatores de risco associados. As mulheres grávidas com SRAG decorrente da covid-19 tiveram 3,4 vezes mais óbito do que as demais com SRAG por outras etiologias. Os estados da região norte e o estado do Rio de Janeiro foram os locais onde se observaram as piores taxas de mortalidade materna pela covid-19 (SHELTER et al., 2021).

Em decorrência da magnitude dessa doença transmissível na população obstétrica, o MS recomendou que a assistência à saúde deve ser garantida para todas as gestantes, puérperas e recém-nascidos e ser prestada de acordo com os protocolos, normas e rotinas para o acolhimento inicial e manejo adequado de casos suspeitos de covid-19, sendo publicados manuais técnicos com essa finalidade (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021f).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em parceria com a Secretaria de Atenção Primária do MS, elaborou documentos voltados para a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério. Destaca-se o Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de covid-19 divulgado em 2020 pelo MS, no qual discorre sobre as vias de transmissão, o diagnóstico precoce e o manejo nas diversas fases da infecção. O mesmo foi elaborado com base nas evidências científicas disponíveis nessa ocasião e foi atualizado em 2021. Outros manuais técnicos voltados para esse público-alvo foram divulgados também pela OPAS/OMS (BRASIL, 2020d; BRASIL, 2020e; BRASIL, 2020f; BRASIL, 2021f; BRASIL, 2021g; OPAS, 2021b; OPAS, 2021c).

Considerando que parturientes e acompanhantes podem ser portadores assintomáticos do SARS-CoV-2, o estudo de revisão de Mouta et al. (2020) propôs reduzir o fluxo de pessoas nas unidades de saúde e evitar aglomerações e garantindo trajetos específicos para os casos suspeitos. Além disso, destacou a atuação das equipes voltadas para o controle de infecção hospitalar para intensificar as rotinas de higienização e desinfecção de ambientes e superfícies de uso comum. De forma complementar, a testagem universal para covid-19 foi considerada uma estratégia protetiva de gestantes, puérperas, recém-nascidos e profissionais de saúde, a fim de subsidiar as instituições para o planejamento adequado do processo assistencial ao parto e nascimento, assim como a vigilância de casos e prevenção de óbitos.

Ela favorece a assistência ao permitir um melhor monitoramento dos casos confirmados e a adoção de medidas de prevenção, além de auxiliar no reconhecimento da prevalência da covid-19 na população obstétrica. Dessa forma possibilita o planejamento de fluxos de atenção ao parto e à prevenção de complicações e óbitos maternos e neonatais (ALMEIDA et al., 2023; MENEZES et al., 2020).

Para as gestantes e puérperas que não apresentam sintomas gripais nos últimos 14 dias e não são contatos de casos suspeitos ou sintomáticos de infecção por SARS-CoV-2, recomenda-se o cuidado em maternidade usual, mas com observância dos protocolos de segurança. No entanto, sabe-se que o ideal seria disponibilizar um quarto privativo para cada gestante, mas na impossibilidade, podem ser utilizadas cortinas e biombo para proteção entre os leitos. A presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto deve ser assegurada, desde que ele e a gestante utilizem máscara cirúrgica dentro das instalações da maternidade. A parturiente poderá ficar sem máscara durante o período expulsivo se a equipe possuir toda a paramentação necessária para realizar o atendimento, como avental plástico, propés, luvas estéreis, máscara cirúrgica, óculos ou protetor facial e touca (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021f).

Nos casos de gestante suspeita ou confirmada com covid-19, indica-se o uso de quarto privativo durante todas as fases do trabalho de parto, com a equipe paramentada com EPI (avental de TNT, máscara cirúrgica ou N95, protetor facial, luvas e touca) durante a avaliação clínica do trabalho de parto. No período expulsivo e nascimento é indicado o uso de avental impermeável, máscara cirúrgica N95 (PFF2), protetor facial, luvas, touca e propés (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021f).

Na paramentação para cesárea e outras cirurgias em gestantes com covid-19, o profissional deverá estar com a touca descartável, as mãos higienizadas, avental plástico impermeável, máscara cirúrgica ou N95 (PFF2), se disponível e protetor facial. Além desses materiais, o cirurgião deve fazer a antisepsia das mãos e braços, paramentar-se com a técnica estéril, colocar o avental e protetores de braço de plástico e estéreis, e calçar duas luvas estéreis (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021f).

No tocante à amamentação continuada, alojamento conjunto, contato pele a pele e cuidados canguru, a OMS juntamente com o MS, indicam a adoção de práticas de controle de infecção. As mães devem ser encorajadas a amamentar e informadas quanto aos benefícios da amamentação, que superam substancialmente os riscos potenciais de transmissão vertical pela presença de anticorpos IgG e IgA para SARS-CoV-2. A mãe deve estar em condições clínicas

adequadas para amamentar e concordar com a adoção das medidas preventivas necessárias (BRASIL, 2021f; WHO, 2020c; WILLIAMS et al., 2020).

Essas recomendações e normativas foram elaboradas no curso da pandemia. Inicialmente, as normas hospitalares se apoiaram na separação das mulheres de seus recém-nascidos e de seus familiares, assim como na proibição da amamentação até que a confirmação de resultado negativo para SARS-CoV-2. A escolha de retirar o acompanhante da cena do parto demonstra que os princípios da assistência respeitosa e humanizada foram violados no auge da crise pandêmica.

Em alguns hospitais dos Estados Unidos, a proibição de acompanhantes chegou a durar meses. Em Malta, os acompanhantes só eram permitidos durante o trabalho de parto e com resultado de exame *swab* nasal negativo para covid-19 nas últimas 48 horas. Na Islândia, excluiu-se o parceiro da gestante durante o exame de ultrassom com a justificativa de proteção da equipe, assim como as mães e bebês eram separados caso a mãe estivesse com covid-19 (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW, 2021; LEIVA, et al., 2021; RIVERA, 2021).

Em Luxemburgo, cada mulher tinha que usar máscara durante o trabalho de parto, mesmo na segunda fase do parto, quando ela faz esforço expulsivo para o nascimento. Na Polônia, houve pais que ficavam sem visitar os bebês na UTI neonatal. Na Turquia, as cesarianas aumentaram, apesar demais mulheres chegarem em trabalho de parto ativo, e o número de partos fora do hospital também aumentou (LALOR et al., 2021).

Países como Rússia, Guatemala e África do Sul, onde rotineiramente é negada a presença de acompanhante para as mulheres, a covid-19 fortaleceu mais o princípio da separação (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW, 2021).

No Chile e na Itália, as doulas e parteiras comunitárias foram proibidas de atuar inicialmente, sendo que em um hospital chileno, dedicado à assistência materna humanizada, os acompanhantes e o contato pele-a-pele entre mães e recém-nascidos também foram proibidos (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW, 2021; LEIVA, et al., 2021).

Lalor et al. (2021) demonstram que, apesar da falta de evidências para justificar restrições severas, muitos serviços de maternidade as mantiveram por serem consideradas protetivas da transmissão do vírus para mães, bebês e profissionais de saúde. Essas restrições podem contribuir para um ambiente no qual as mulheres são submetidas a mais risco de parto traumático e levantar questões sobre violência obstétrica devido à implementação contínua de práticas potencialmente prejudiciais.

Davis-Floyd e Gutschow (2021) observaram a separação forçada entre mães e recém-nascidos durante a pandemia, especialmente nas parturientes sozinhas e sem parceiros ou

outras pessoas de apoio, sendo a falta de profissionais utilizada como desculpa para negligenciar mães ou recém-nascidos. Além disso, verificaram-se a falta de consentimento informado para procedimentos de urgência e a dificuldade de rastrear e prevenir cuidados desrespeitosos e abusivos pela ausência de pessoas de apoio no trabalho de parto, que normalmente poderiam ser testemunhas ou impedido esses tipos de abuso. Portanto, urge proteger os direitos da mãe e do recém-nascido e centralizar os desejos dos clientes, mesmo em momentos de ruptura e crise.

Essas distintas formas de manejos institucionais prejudicaram significativamente a saúde de gestantes, parturientes e puérperas, com importantes situações de violação dos direitos humanos das mulheres. Dentre essas situações, ressaltam-se aquelas que limitam o apoio emocional durante o trabalho de parto e parto, determinam a separação precoce do bebê e encurtam a sua permanência no pós-parto. Nesse contexto, nota-se que o medo, o controle burocrático ou institucional, a ausência de fiscalização e a ausência de doulas levaram ao aumento da violência obstétrica e intervenções durante a pandemia (KLOTAR et al., 2021; LIESE, et al., 2021; OPARAH, 2021).

Apesar da lacuna de informações sobre as complicações e impactos da covid-19 na saúde materna e neonatal no início da pandemia, as evidências já apontam para a elevação de desfechos adversos, como abortos espontâneos, cesarianas, natimortalidade, partos prematuros, bebês de baixo peso ao nascer, além de impactos psicossociais negativos pelo período pandêmico. Esses resultados desfavoráveis podem decorrer da realocação de recursos humanos para o atendimento de pacientes com covid-19; redução da procura de hospitalização para manejo do trabalho de parto e consultas perinatais, limitação do acesso aos acompanhantes; descrédito ou negacionismo perante as informações e falta de apoio psicossocial. Além disso, constatou-se a alta antecipada, que pode reduzir a capacidade dos profissionais de saúde em identificar e tratar complicações pós-parto (ALLOTEY et al., 2020; BLITZ et al., 2019; BOHREN, 2017; DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW, 2021; DEYOUNG; MANGUM, 2021; KNIGHT et al., 2020; LOKKEN et al., 2020; SACCONI et al., 2019; SEMANN et al., 2020; WHO, 2020; WU et al., 2020).

Em meio aos desfechos desfavoráveis, sobre as altas taxas de cesarianas entre as gestantes diagnosticadas com covid-19 não sejam claras, essas taxas são alarmantes, apesar de não haver evidência de que a cesariana reduza o risco de transmissão de SARS-CoV-2 ou melhore a saúde materna (BEEN et al., 2020; PANAGIOTAKOPOULOS, 2020).

No Brasil, os recursos já estavam limitados quanto ao processo e à natureza do trabalho em saúde relacionados à assistência perinatal. Isso demanda grande força de trabalho

humano e envolve várias especialidades, como a medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social, psicologia, entre outros. Além disso, o elevado número de internações e a diversidade de locais de assistência fazem da atenção obstétrica uma das áreas prioritárias para as ações voltadas à segurança do paciente. As maternidades, por vezes, têm a falta de profissionais regularmente treinados, setor de cuidado crítico e adequação da ambiência e dos exames diagnósticos, sendo relativamente comum a transferência de gestantes para outras unidades de saúde. Esse cenário desafiador aumenta a probabilidade da ocorrência de erros de segurança (BRASIL, 2021e; CARMO, 2018).

Em consonância, o SUS tem sofrido com o subfinanciamento crônico; ausência de carreiras atrativas para os profissionais da saúde; enraizamento de modelo de atenção não ordenado pela atenção primária; crescentes custos e concorrência na assistência à saúde e decréscimo de apoios político, da mídia e social. Esse contexto de subsistência foi agravado pela pandemia. O desafio de apresentar à sociedade respostas ao tempo de sua necessidade encontrou tanto com a prevenção, o controle e a mitigação da covid-19 quanto com as dificuldades, os limites e as potencialidades do sistema público brasileiro (BRASIL, 2021e; CARMO, 2018).

Da mesma forma, o sistema falhou em abordar os problemas de saúde pública já existentes que aumentaram o risco de mortalidade materna resultante da covid-19 entre as gestantes. Neste sentido, ressaltam-se os impactos na saúde sexual e reprodutiva, nos quais, as mulheres tiveram dificuldades no suporte profissional, acarretando gravidezes indesejadas, doenças sexualmente transmissíveis, infecções e riscos de traumas físicos, entre outros. As Nações Unidas expuseram que, até março de 2021, 12 milhões de mulheres tiveram os serviços de planejamento familiar interrompidos devido à pandemia, o que inclui o fornecimento de anticoncepcionais e pode ocasionar 1,4 milhão de gravidezes indesejadas em todo o mundo (KOTLAR et al., 2021; ONU, 2021).

A atenção às mulheres também deve incorporar um olhar sensível para a saúde mental, pois, além da labilidade emocional comum frente à vivência do processo de gestação, parto, nascimento e puerpério, acrescentam-se as repercussões econômicas, sociais, laborais e psíquicas do isolamento social, as quais potencializam sentimentos de solidão, medo, ansiedade e estresse, bem como as colocam em maior vulnerabilidade às violências domésticas (MOUTA et al., 2020).

Rivera (2021) também conscientiza sobre casos de mortes maternas evitáveis em mulheres negras durante a pandemia da covid-19, nas quais tiveram efeitos severos e desiguais. Há ampla evidência de que disparidades raciais nos resultados maternos são

causadas pelo estresse crônico do racismo estrutural e preconceito racial implícito dos profissionais. Nos Estados Unidos, a mortalidade relacionada à gravidez para mulheres negras é três vezes maior do que nas mulheres brancas, não hispânicas, e quadruplicada em mulheres hispânicas. No Canadá, apesar do acesso universal aos cuidados de saúde e cuidados de obstetrícia bem enraizados, a pandemia expôs lacunas no acesso, afetando desproporcionalmente as populações indígenas e rurais, que muitas vezes precisam percorrer longas distâncias para acessar cuidados maternos, mesmos os emergenciais (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW, 2021; OPARAH, 2021; RUDRUM, 2021).

No Brasil, considerando as características genéticas e fenotípicas e mais os fatores culturais da população obstétrica com covid-19, a proporção de óbitos foi mais elevada em mulheres negras seguidas de pardas, brancas e indígenas, sendo que as primeiras tiveram a pior taxa de mortalidade (13,6%), duas vezes maior que as segundas (6,7%). Isso aponta as deficiências na atenção materna e as iniquidades sociais no acesso aos cuidados de saúde (SHELER et al., 2021).

Sabe-se que o cuidado integral às mulheres, principalmente no ciclo gravídico puerperal, não pode ser negligenciado em momento algum, especialmente durante uma pandemia, e que os hospitais maternidades são necessários, independente das circunstâncias precisam estar de portas abertas, e devem oferecer uma assistência segura, organizada, de modo a garantir o atendimento às mulheres e recém-nascidos, incluindo normas, rotinas e protocolos clínicos para o acolhimento e o manejo adequados dos casos suspeitos de covid-19 e também à proteção das mulheres que não contraíram o vírus.

Diante do exposto, o contexto pandêmico exigiu mudanças no gerenciamento do cuidado às gestantes. Diversas alterações vêm acontecendo nos serviços de saúde públicos e privados, afetando o atendimento às pacientes nos diversos níveis de complexidade. Outro problema paralelo e experimentado na China, no Brasil e em outros países é a escassez de recursos humanos qualificados e treinados para atender pacientes gravemente enfermos com a covid-19. Os contratos emergenciais e temporários refletem na formação e avaliação desses profissionais pelo financiador público, o que muitas vezes origina equipes técnicas pouco qualificadas representando um desafio para garantir uma assistência segura (CHENEY, 2020; SOUZA et al., 2020).

Acrescenta-se que os pacientes e profissionais de saúde demandam informações confiáveis sobre a covid-19. À medida que se amplia o acesso aos testes, aos EPIs e às evidências sobre a transmissão viral e tratamento da doença, pode-se esperar que a população e profissionais superem seus medos e os possíveis equívocos de informações na fase inicial da

pandemia. Em hospitais americanos com acesso a EPI e testes adequados, obtiveram-se melhores estimativas de risco de contrair a covid-19 no ambiente de trabalho e das infecções assintomáticas em mães e recém-nascidos (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW, 2021).

O cuidado seguro das pacientes com a covid-19 envolve o acesso a equipamentos e recursos necessários ao cuidado das pacientes. No primeiro ano de pandemia, a realidade dos serviços de saúde brasileiros trouxe desafios para a segurança da assistência obstétrica em virtude da limitada disponibilidade de testes para SARS-CoV-2, que pode ter contribuído para o aumento do risco de disseminação do vírus em locais da assistência ao parto e a exposição das gestantes saudáveis e profissionais de saúde. Houve também a falta de EPIs adequados para os profissionais de saúde e de ventiladores respiratórios para cuidar de pacientes. Essa escassez ameaçou à segurança dos profissionais de saúde e pacientes pelo risco e exposição dos profissionais, além de um ambiente de saúde inseguro e de baixa qualidade para poder proteger os profissionais, os pacientes e suas famílias (GALLASCH et al., 2020; KAMERON, 2020; PRADO et al., 2021).

Embora alguns profissionais de saúde tenham sido treinados, infelizmente, verificou-se a discrepância significativa de acesso a recursos e equipamentos nos países em desenvolvimento, como os da África subsaariana e da América Latina. Nessa crise sanitária, também houve carência de enfermeiros especializados e com habilidade e experiência para trabalhar com doenças infecciosas e cuidados críticos. A velocidade de contágio do vírus da covid-19 pelo mundo exigiu uma avaliação da realidade dos profissionais de saúde no cuidado aos pacientes adoecidos (DELGADO, et al., 2020; GHOBADI; POORTAGHI; SHAHMARI, 2021; SUNDBY; WANGAMATI, 2020).

Na África, houve serviços hospitalares que não possuíam políticas e procedimentos de segurança em vigor, como equipamentos básicos de proteção e protocolos de segurança. A maioria dos profissionais tinha acesso limitado a EPI básicos, principalmente as máscaras descartáveis e do tipo N95 (SUNDBY; WANGAMATI, 2020).

Portanto, a pandemia de covid-19 foi um grande teste de resiliência mundial, pois desafia as unidades de saúde a se empenharem ao máximo na proteção dos pacientes e funcionários, tentarem equilibrar a proteção dos funcionários com a manutenção dos direitos das mulheres, pois a maternidade pode ser vista como um caso distinto na implementação das medidas de reconfiguração do serviço.

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), estima-se que mais de 9.200 trabalhadores de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) foram infectados com a covid-19 no início de abril de 2020, 184 foram admitidos em UTI e 27

morreram. Na China, até 3 de abril desse mesmo ano, um total de 23 profissionais de saúde morreram da covid-19 após terem sido infectados durante seu trabalho em Wuhan e em outros lugares na China. Até o dia 17 de abril de 2020, o Brasil havia registrado, 30 óbitos de profissionais de Enfermagem causados pela covid-19 e houve mais de 4.800 reclamações de falta de EPI para o trabalho, segundo o Conselho de Enfermagem (BRASIL, 2020d; THE LANCET, 2020; ZHAN, et al., 2020).

Em uma maternidade, vinculada a um centro perinatal universitário na Alemanha, encontrou uma proporção de nove em dez funcionários infectados ao realizar os testes para SARS- CoV-2 em março de 2020. Como medida de contenção entre os funcionários, houve aumento no número de testes e de medidas de higiene, além da obrigação geral de usar máscaras faciais cirúrgicas. Houve a identificação da necessidade de monitorar casos de doença em todos os grupos de funcionários, garantir o distanciamento social nas salas de descanso e cantina e avaliar contatos de pessoal clínico fora do ambiente hospitalar. Essas profundas mudanças de comportamento exigem educação e treinamento contínuos, ao mesmo tempo em que a organização deve ser adaptada significativamente para fornecer tempo e espaço suficientes, facilitando a adesão a essas novas regras (KABESH et al., 2020).

De acordo com Lalor et al. (2021), as práticas assistenciais perinatais também foram modificadas em países europeus. Inicialmente, para limitar a transmissão do vírus, mas muitas mudanças não foram baseadas em evidências. Quando as mudanças não estão baseadas em evidências, elas devem ser monitoradas, avaliadas e analisadas para minimizar os efeitos iatrogênicos não intencionais.

Gao et al. (2020) observaram várias instituições chinesas, onde atuaram positivamente na criação de enfermarias de isolamento temporário e as enfermeiras se ofereceram para trabalhar. A facilidade de recrutamento profissional frente à problemática da pandemia covid-19 auxiliou positivamente no gerenciamento do cuidado à gestante com profissionais facilitadores do cuidado. Nos hospitais iranianos, a equipe de enfermagem também se mobilizou mais na pandemia da covid-19 em comparação com as outras crises pré-existentes, pois foi percebido um esforço no recrutamento de recursos humanos com processo ágil de contrato temporário dos profissionais (GHOBADI; POORTAGHI; SHAHMARI, 2021).

Nesses casos, os treinamentos foram considerados importantes, juntamente com o fornecimento de EPI, avaliação e monitoramento do seu uso correto; eliminação ou redução das exposições desnecessárias, horas extras obrigatórias e turnos combinados; aumento do intervalo entre os turnos; redução da jornada mensal de trabalho; separação dos espaços e identificação dos enfermeiros responsáveis nos departamentos de porta de entrada

(GHOBADI; POORTAGHI; SHAHMARI, 2021).

Na China, estabeleceram-se protocolos específicos aos hospitais para reduzir o risco de infecções cruzadas pelo vírus da covid-19, que incluiu o uso de EPI, higiene das mãos, desinfecção de enfermarias, gerenciamento de resíduos médicos, esterilização de dispositivos de atendimento ao paciente e gestão da exposição ocupacional (CHEN, et al., 2020).

A gestão nacional de um centro perinatal terciário independente e um hospital universitário de ensino em obstetrícia e ginecologia situado em Dublin, na Irlanda, elaboraram um programa operacional interno para proteger as pacientes e profissionais, como descrito no trabalho de Sheil e McAuliffe (2021). Esse programa envolveu as áreas da governança, serviços internação, fluxos de pacientes, adaptações de infraestrutura, serviços de limpeza e políticas de visitantes, além de reuniões das equipes semanalmente por teleconferência e busca por informações sobre experiências e orientações internacionais adotadas, permitindo decisões informadas quanto à reorganização apropriada dos serviços para proteger a todos e permitir flexibilidade da estrutura de gerenciamento frente ao cenário em mudança enquanto os casos positivos para covid-19 aumentavam.

Segundo Ghobadi, Poortaghi, Shahmari e (2021), no Irã, coube à equipe emergencial a identificação dos pacientes com suspeita de sintomas gripais, o manejo nutricional, e alocação de um local dedicado para isolamento do pessoal afetado e orientação do uso correto de EPI pelos funcionários. A identificação das mães covid-19 positivas tem uma implicação significativa no alojamento conjunto com mães no pós-parto e para garantir a transferência segura entre as unidades hospitalares, especialmente para rastreamento das assintomáticas, evitando assim a transmissão nosocomial da infecção entre as puérperas (BELLO; OLUWASOLA, 2021).

Nesse contexto, torna-se essencial a figura de gestores que possam captar as interconexões e acertos relacionados à segurança, de modo que possam lidar com a complexidade e dinamismo da saúde. Nesta perspectiva, fica evidente que o desafio dos gestores é maior na atualidade em meio a pandemia, haja vista que necessitam se aprimorar nos novos paradigmas, buscando entender a complexidade do sistema e conduzir a equipe olhando para os aspectos positivos da segurança do paciente (BERNARDES; GABRIEL; SPIRI, 2021).

Países com dimensões continentais e realidades econômicas, culturais, sociais e de saúde variadas enfrentam problemas de gestão que podem ser agravados com a pandemia. No Brasil, esses desafios estão refletindo diretamente na capacidade instalada, cuja crise política pode afetar na busca de soluções do próprio sistema de saúde, gerando divergências,

incertezas e instabilidade entre os três poderes, executivo, legislativo e judiciário, e os órgãos federais. Isso pode influenciar na qualidade do atendimento e impactar a tomada de decisões clínicas e a segurança das pacientes e profissionais de saúde (PRADO et al., 2021).

Os problemas na coordenação das ações governamentais de enfrentamento e das posturas de negacionismo provenientes das instâncias governamentais e segmentos sociais radicalizados, acarretam um contexto desfavorável, podendo afetar negativamente as ações de gerenciamento do cuidado às gestantes nas maternidades (HALLAL; VICTORA, 2021).

Diante do exposto, nota-se que o processo de cuidado qualificado, seguro e eficaz requer uma organização do sistema, com atividades interligadas de planejamento, organização, direção, controle e avaliação em articulação com as equipes e compromisso das lideranças com a mudança da cultura organizacional. Esse compromisso precisa constar na missão institucional, sendo necessário estabelecer metas de monitoramento, criar ferramentas de avaliação de processos para mensurar a magnitude do problema, identificar as causas e encontrar soluções, buscando a melhoria contínua (CARMO, 2018).

Os serviços de educação continuada também fazem a diferença no sentido de implantar capacitações e disseminar a relevância dos protocolos e de suas ações para o engajamento das equipes e efetividade do cuidado obstétrico. Na pandemia é necessário redobrar a atuação desses serviços em razão do volume de atualizações sobre a covid-19, prevenindo erros das equipes. Em paralelo, a gerência também é a atividade científica e racional por realizar análises das relações de causa e efeito dos eventos relacionados com a segurança e influentes no bem-estar da clientela, sendo desafiada em conter ao máximo a pandemia da covid-19 com os recursos financeiros, humanos, de infraestrutura, logística, entre outros disponíveis. (MORORÓ et al., 2017).

Vale ressaltar que os recursos humanos são o alicerce fundamental de qualquer sistema de saúde. A disponibilidade e capacidade dos profissionais de saúde para fornecer serviços de qualidade, inclusive em tempos de interrupção, é essencial para melhores resultados de saúde. Neste contexto, o início da pandemia covid-19 inspirou as gerentes de enfermagem para realizar planos de emergência, treinamento de habilidades e conhecimentos de emergência, bem como exercícios de treinamento, consideradas medidas eficazes para responder ao caos existente (BELLO, 2021; DIOP et al., 2020; GAO et al., 2020; OLUWASOLA).

Nessa perspectiva, quando ocorre um desastre em um local, a ajuda precisa vir de todas as partes. Durante o surto generalizado da covid-19, o fluxo dos cuidados muda substancialmente e as responsabilidades nos estágios iniciais da epidemia não eram tão claras.

O fluxo de cuidados é útil para os profissionais realizarem o trabalho com rapidez, eficiência, precisão e ordem, assim como otimizar a alocação da força de trabalho e melhorar a qualidade da enfermagem. Além disso, uma vez que as responsabilidades e o fluxo de trabalho são declarados, os gerentes devem realizar treinamento oportuno para a equipe, visando garantir a implementação adequada do mesmo (GAO et al., 2020).

A resposta imediata com demonstração de solidariedade dos profissionais ao se apresentarem para trabalhar foi essencial para a organização rápida do processo assistencial e inseri-los em setores com recursos humanos defasados. Destaca-se que esses trabalhadores também contraíram e estão contraindo o vírus da covid-19, o que diminuiu o quantitativo dos mesmos nas unidades de saúde, além da realocação de grávidas e lactantes, funcionários com doenças crônicas, em uso de imunossupressores (GHOBADI; POORTAGHI; SHAHMARI, 2021).

No entanto, no início da pandemia, as unidades de saúde tiveram que atuar em meio ao caos e conflitos externos e internos. Quando o sistema sai do controle e a unidade não está preparada para as adversidades, isso acaba por desestabilizá-la. A falta de profissionais é um dos grandes desafios dos gerentes de cuidado, o que, por sua vez, aumenta a carga de trabalho da equipe e leva ao desgaste. O estudo de Poortaghi, Shahmari e Ghobadi (2021), em diferentes cidades do Irã, mostrou a necessidade de combinar forças de trabalho novas e experientes, com ajuste do quantitativo e proporção de trabalhadores.

Gan, et al. (2020) demonstraram que aos profissionais de serviço de saúde americano temporários o objetivo era atender somente às necessidades imediatas. A visão de recrutamento rápido requer cuidados, pois profissionais devem ser engajados rapidamente para se tornarem parte da equipe com o pensamento solidificado em medidas protetivas gerais em todos os âmbitos subsequentes para melhoria da qualidade assistencial em longo prazo. Portanto, os gerentes de cuidados continuam a reorganizar o trabalho com alternativas para alcançar profissionais adequados em meio à dificuldade de recursos humanos.

No entanto, somado às dificuldades de acesso a um número adequado de recursos humanos, tem-se os recursos e protocolos diagnósticos e/ou terapêuticos para cuidar de pacientes com covid-19. A *Royal College Obstetricians & Gynaecologists* (RCOG, 2020) preconiza que os profissionais devem atuar baseados em evidências; prestar cuidados respeitosos, equitativos, seguros; proteger os direitos humanos das mulheres e dos recém-nascidos; adotar medidas de higiene e distanciamento social; garantir a presença de acompanhantes ao nascimento, quando possível, entre outras recomendações. A assistência segura é fundamental na medida de evitar o contato desnecessário para minimizar a

transmissão cruzada.

Considerando as medidas protetivas, destaca-se o desenvolvimento de imunizantes para conter o aumento dos casos. As maiores potências mundiais investiram no desenvolvimento das vacinas contra o SARS-CoV-2. No Brasil, devido atrasos decorrentes de posturas negacionistas, manifestas inclusive pelo governo federal, a campanha nacional de vacinação contra a covid-19 foi iniciada em janeiro de 2021, quando a ANVISA aprovou a autorização temporária para uso emergencial da vacina CoronaVac. Essa vacina foi desenvolvida pela farmacêutica Sinovac em parceria com o Instituto Butantan, da vacina *Covishield*, produzida pela farmacêutica *Serum Institute* da Índia, em parceria com a AstraZeneca/Universidade de Oxford/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Posteriormente, em fevereiro de 2021, houve a concessão do registro da vacina *Pfizer/Wyeth* e, a seguir, a autorização emergencial da vacina da Jansen para a aplicação em gestantes no Brasil em março de 2021 (BRASIL, 2021; SCHELER, 2021).

A vacinação já fazia parte das medidas preventivas mais eficazes e sua inserção para o combate à covid-19 foi uma conquista da ciência contemporânea no controle da doença e redução de desfechos negativos. Após mobilização social, em maio de 2021, o Ministério da Saúde finalmente incluiu as gestantes e puérperas com comorbidade nos grupos prioritários para vacinação, autorizando o uso das vacinas Pfizer e a CoronaVac por não possuírem vetor viral (BRASIL, 2021c; RASMUSSEN, 2021; SHELER et al., 2021).

Não há comprovação científica de que as vacinas contra a covid-19 apresentem riscos à saúde da gestante e do feto. Dados do Observatório Obstétrico brasileiro (OOBr) apontaram que não existem casos de morte relacionadas à vacinação contra SARS-CoV-2. Em sua análise, cerca de 15% das gestantes que precisavam de internação em 2021 e não estavam vacinadas vieram a óbito. Houve uma diminuição de 5% de morte materna entre as vacinadas com a primeira dose e 3% entre aquelas com vacinação completa (FRANCISCO; RODRIGUES; VIEIRA, 2021). Portanto, ressalta-se a importância da mobilização das redes de saúde e meios de comunicações para sensibilizarem as gestantes para a vacinação contra a covid-19 com orientações, possibilitando melhores desfechos e redução de danos pela infecção do SARS-CoV-2.

As estratégias, estudos e experiências apontadas direcionam para a busca de melhores resultados frente à pandemia da covid-19, para que haja um impacto favorável e possibilita uma melhor organização do cuidado prestado às mulheres no período gravídico e puerperal em meio às adversidades enfrentadas.

Surgem desafios em prestar a assistência à gestante a partir de um gerenciamento do cuidado distinto, direcionado à realidade de cada unidade de saúde. Nesta perspectiva, há a importância desconhecer o processo institucional com o entendimento da flexibilidade estabelecida, somando-se às peculiaridades estruturais e da clientela em questão para poder intervir e direcionar à assistência exitosa.

## 2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

### 2.1 Fundamentos do Pensamento Complexo

O contexto sanitário provocado pela pandemia da covid-19 é complexo em virtude dos desafios para prevenção e controle dessa infecção viral, o que exigiu modificações nos fluxos de atendimento dos serviços, reorganização dos processos assistenciais, contratações emergenciais e remanejamento de pessoal, provimento de recursos para precaução respiratória e de contato, abertura de enfermarias especializadas, entre outras adaptações, concomitantemente com a manutenção dos cuidados essenciais num cenário de medo, incertezas e estresse para os trabalhadores de saúde e a população. Em virtude desse cenário e seus efeitos negativos na morbimortalidade materna, optou-se pelo referencial do Pensamento Complexo (PC).

A ideia de complexidade mais presente no vocabulário corrente é do vocabulário científico por apresentar uma conotação de conselho ao entendimento. A noção de complexidade surgiu no século XIX, especificamente na microfísica e macrofísica. Entre estas duas, especificamente no campo físico, biológico e humano, a ciência reduzia a complexidade fenomênica à ordem simples e unidades elementares (MORIN, 2015a, p. 34).

O PC traz no seu significado o “*complexus*” como o tecido junto, ligação ou tecitura, que pode ser entendido como um sistema de pensamento aberto, em uma abordagem multidisciplinar aplicada às ciências exatas e biológicas, bem como à economia, sociologia, antropologia e linguística e direciona em uma visão de que as incertezas e multiplicidades são privilegiadas (MORIN, 2015a).

Há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (político, econômico, sociológico, afetivo, mitológico, psicológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, e as partes entre si. Nesse processo, o PC auxilia com a ideia de transdisciplinaridade sendo base desse novo paradigma, coma auto-organização o conceito central do pensamento complexo, no afastamento do determinismo como o seu ponto fundamental (MORIN, 2015a).

Para Morin (2015a, p.35), a complexidade não pode ser compreendida apenas em termos de quantidades de unidade e interações desafiadoras às nossas possibilidades de

cálculo, mas ela compreende também incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios. Assim, a complexidade num certo sentido sempre se refere a uma relação com o acaso.

A saúde está no momento em que a globalização de doenças testa a resiliência dos sistemas de saúde em todo o mundo e o PC pode fornecer orientação às pessoas e organizações, sobre como responder a essas pressões e transformá-los de maneiras inovadoras, colaborativas e orientadas para atuarmos com qualidade (BARASAL; CLOETE & GILSON, 2019).

A ciência da complexidade foi introduzida na área da saúde como uma estrutura teórica para melhor compreender situações complexas. Ela é um desafio e não uma resposta. Ela comporta imperfeições, incertezas e reconhecimento do irreduzível; a simplificação é necessária, mas deve ser relativizada; é a alternativa de escapar do pensamento redutor e do global; aceita a contradição e a incerteza e a dialógica relação entre ordem/desordem/organização (MORIN, 2015a; PYPE et al., 2018).

O PC busca as diferenças e nelas traz à elaboração de saberes distintos, permitindo conhecer um pouco mais o ser humano em sua totalidade. A complexidade é um tipo de pensamento que incorpora, mas une as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana, integrando todos os modos de pensar, os acontecimentos, as ações, interações, retroações, determinações e acasos que constituem o mundo. Há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis, pois constituem o todo, pois o PC tenta dar conta daquilo que o pensamento simplificador não consegue, entendendo que este é um pensamento que tenta pôr ordem no universo, expulsa dele a desordem, separa o que está ligado ou reduz o que é diverso (MORIN, 2015a).

O paradigma do estudo em questão se depara com uma instabilidade e como deve atuar através dela, e da necessidade de se contrapor ao método positivista de Comte, segundo o qual seria necessário inicialmente prever, embasado em um pensamento já construído. Se o pensamento fosse através desse método, a imprevisibilidade nunca existiria.

Nessa perspectiva, Edgar Morin (2015b) apresenta três princípios que balizam o seu pensamento sobre a complexidade:

- a) Dialógico: permite assumir racionalmente a associação de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo. É a eliminação da dificuldade de combate entre os antagônicos, que por sua vez são necessários. Permite observar como o sistema lida com os conflitos. Ser dialógica admite a ideia de que os antagonismos podem ser estimuladores e reguladores;

b) Recursão organizacional: os efeitos de uma ação são ao mesmo tempo, causadores e produtores do próprio processo. Somos ao mesmo tempo produto e produtores, pois somos os produtores de um processo de reprodução que é anterior a nós. A ideia recursiva é uma ruptura com a linear de causa/ efeito, de produto/ produtor, de estrutura/superestrutura, já que tudo o que pode ser produzido volta-se sobre o que o produz num ciclo auto constitutivo, auto-organizador e autoprodutor;

c) Hologramático: os indivíduos em qualquer processo complexo fazem parte e contêm o todo do conjunto. Como em um holograma físico, o menor ponto da imagem do holograma contém a quase totalidade da informação do objeto representado. As partes estão no todo, mas o todo também está nas partes. A sociedade como todo, está em cada indivíduo, através das normas, linguagem e cultura e isso possibilita entender a importância de valorizar cada ser humano envolvido dentro de um sistema, em relação intrínseca com outros subsistemas, e que as necessidades de saúde, enquanto únicas, ao mesmo tempo, expressam o reflexo da sociedade e do contexto em que está inserido.

Diante do exposto, quando o sujeito empreende uma ação, esta começa a escapar de suas intenções diante das interações com o meio, que são mutáveis e imprevisíveis. Os profissionais de saúde estão inseridos nesta linha, cujo pensamento direciona para disponibilidade e competência às mudanças, com especializações assistenciais e gerenciais, e para a articulação do conhecimento e compreensão da complexidade do indivíduo. Desta forma, utiliza-se de experiências, entendendo que novos desafios são criados e adicionados, compreendendo que mudanças improváveis podem acontecer (CABRAL; VIANA & GONTIJO, 2020; MORIN, 2015a).

Na saúde, essa ideia exige ultrapassar o olhar sobre causa e efeito para entender que saúde/doença é consequência de um movimento de vai e vem, em que tudo o que é produzido volta-se sobre o que produz, em um ciclo, no qual ele mesmo é auto construtivo, auto-organizador e autoprodutor. Os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir, dependendo energia para manter sua autonomia, que ao mesmo tempo é inseparável da dependência do meio ambiente. O PC está relacionado à integralidade, multidisciplinaridade, atenção às redes de apoio e articulação dos saberes ao nos direcionar em uma forma de interação entre os sistemas (CABRAL; VIANA & GONTIJO, 2020).

Desta forma, tem-se a importância de valorizar a atuação conjunta de diferentes áreas para compreender problemas complexos, pois remete à necessidade de visualizar o objeto de cuidado sob olhares e formas diferentes. O PC oferece apoio para pesquisas, na prática

assistencial e em decisões gerenciais, o que pode ser difundida para um avanço na visão desse contexto.

Há uma perspectiva dialógica em caminhar na direção da complementaridade, da interdisciplinaridade, da transdisciplinaridade, com a articulação entre os profissionais da saúde com a importância do engajamento entre as diferentes profissões para a construção do conhecimento e de melhores práticas de cuidado (COPELLI et al., 2016).

À medida que os profissionais amadurecem no processo de cuidado frente à pandemia, tornam-se mais conscientes da importância de um modelo de pensamento perpetuador às boas práticas. Isso auxilia para uma visão direcionada à segurança do cuidado com melhorias na comunicação, estímulo às atualizações, e interação dos profissionais em todo o processo.

## **2.2 Sistema Adaptativo Complexo: conceitos e pressupostos**

O Sistema Adaptativo Complexo (SAC) é um dos constructos do pensamento complexo, definido como as organizações em rede formadas por um conjunto de agentes, os quais são ativos e autônomos, cujos comportamentos e ações são determinados por regras e informações a respeito de seu desempenho e condições do ambiente imediato, tendo em vista o alcance de um objetivo (AGOSTINHO, 2003; BERTALANFFY, 2012; LUKOSEVICIUS; MARCHISOTTI; SOARES, 2016).

Ressalta-se que os sistemas são conjuntos de partes interdependentes, que formam um todo complexo, unitário e organizado, no sentido de alcançar um objetivo, anteriormente proposto, entre elementos, ações e indivíduos. Também se caracterizam por serem abertos, um conceito originário da biologia, a partir de estudos sobre os seres vivos, suas dependências e adaptabilidades ao meio ambiente, sendo adotados por outras áreas do conhecimento, tais como psicologia, sociologia e administração. Esses sistemas abertos são compostos pela interação entre as partes e com o ambiente que os envolve, tendo várias entradas e saídas para garantir o intercâmbio com o meio (CHIAVENATO, 2014; MORIN, 2015a).

Os estudiosos do Instituto Santa Fé, Holland (1996), Gell-Mann (1996) e Waldrop (1992) designaram o SAC ao constatarem que os sistemas são capazes de responder ativamente às ocorrências em seu redor, de forma qualitativa e diferente da perspectiva estática. A partir das ideias do SAC, Stacey (1995), Kelly e Allison (1998), dentre outros, impulsionaram a perspectiva de que uma organização pode ser modelada por um conjunto de

agentes que percebem o seu meio ambiente, fazem escolhas e atuam, examinando as consequências de suas ações.

O Sistema Adaptativo Complexo apresenta termos e conceitos que estão sistematizados no quadro 4 abaixo:

Quadro 4 - Termos e conceitos aplicados no Sistema Adaptativo Complexo

TERMOS	CONCEITOS
Agentes	São aqueles que têm a habilidade de interagir com o ambiente, incluindo outros agentes e com a capacidade de responder ao que acontece ao seu redor.
Autonomia	O agente determina o seu próprio comportamento. A identidade do sistema decorre de uma série de processos autônomos no nível dos seus agentes.
Adaptação	Capacidade dos agentes em mudar a estrutura ou estratégia, com base na experiência resultando em melhora de acordo com a medida de sucesso definido pelo próprio agente ou sistema.
Auto-organização	Propriedade emergente das interações dos agentes em um nível menor de agregação que não depende de uma interferência externa.

Fonte: Adaptado de LAND, 2011.

Para Holland (1996), os SAC's são sistemas de agentes que interagem e podem ser descritos por regras. Nesses sistemas, a maior parte do ambiente de um agente adaptativo é constituída por outros agentes adaptativos, gerando a maior fonte dos padrões temporais complexos. Nesses sistemas, em geral, a interação dos agentes pode ser descrita por regras e os agentes se adaptam a elas quando há mudanças com base em experiências aprendidas anteriormente. O ambiente de um agente é constituído por outros agentes e todos criam um ambiente no qual existe empenho contínuo de adaptação de uns com os outros.

As principais propriedades do SAC descritas por Holland (1996) são estas: capacidade de agregação que ocorre por recomposição e similaridade; mecanismo de padronização, para que permitam a seleção de outros agentes ou estrutura/objeto; a não linearidade que torna o comportamento mais complexo que o previsto pela soma ou pela média do comportamento esperado; fluxo, com o pensamento em conexões; diversidade, observada em uma elaborada hierarquia de núcleos e regiões; processos de modelos internos, que utilizam padrões/modelos selecionados para serem enfatizados; e processos de construção de blocos, no qual atua e evidencia uma combinação automática mais relevante ao momento, de maneira a sugerir atitudes com consequências apropriadas.

Sobre a dinâmica da complexidade organizacional, Jones (1997) explica que, mesmo não possuindo uma estrutura direcionada e prescritiva, ela pode ser uma referência para

analisar as práticas organizacionais, obtendo um nível ideal de complexidade que pode ser o ideal, por meio de regras, nos níveis de hierarquização e papéis fixos. Na dinâmica organizacional, os membros podem trabalhar dentro de grupos auto-organizados e em uma estrutura altamente caótica. A estrutura ideal é aquela que flexibiliza as regras e a hierarquia, possibilitando novas formas de organização, com abertura para aprendizagem e mudanças.

Silva e Moraes (2013) descrevem que a adaptação de um SAC apresenta cinco níveis evolutivos, conforme o tipo de auto-organização predominante e em referência ao Modelo de Adaptação Evolucionária elaborado por Susanne Kelly e Mary Ann Allison, que aplicaram a ciência dos sistemas complexos para melhoria do desempenho organizacional. Esses cinco níveis evolutivos são os seguintes:

- a) Primeiro nível – Auto-organização inconsciente: emerge uma organização independente do conhecimento e desejo do agente. Ao se admitir que não se tem o controle sobre todas as interações e é possível conhecer as próprias limitações, buscando maneiras de superá-las;
- b) Segundo nível – Auto-organização consciente: apresenta em um grupo de agentes. A partir da consciência da falta de controle total, os grupos se comprometem e se disciplinam para uma comunicação aberta, aprendizagem compartilhada com planejamentos internos para trocar experiências e buscar caminhos que melhorem o desempenho dos resultados em relação ao ambiente;
- c) Terceiro nível – Auto-organização orientada: na qual já existe uma certa estabilidade, adquirida, desta forma as equipes, além de conhecerem seus processos, transformamos em processos locais mais efetivos em substituição a hábitos usuais que não são efetivos. O objetivo é criar um conjunto de padrões locais fortes que possibilitem a unidade ser efetiva.;
- d) Quarto nível – Auto-organização orientada quantitativamente: as organizações são vistas como um todo formado de partes integradas; desenvolvem métodos para investigar e simular possíveis opções para intervir na dinâmica que exhibe os sistemas complexos. Para tanto emprega as ferramentas matemáticas, a linguagem natural dos sistemas adaptativos complexos, articula o potencial dos cenários emergentes para exhibir o comportamento auto-organizador e coevolutivo;
- e) Quinto nível – Capacidade consciente de autopoiese: as atividades são dirigidas à melhoria do desenvolvimento de todos os níveis. A organização reconhece que não é completamente apta para todas as tarefas, sendo necessário desenvolver uma rede de comportamento consciente que aumente a aptidão dela. Assim, agentes de adaptação

inteligente encontram uma auto-organização autopoietica que leva às organizações a coevolúrem com o ambiente.

Choi, Dooley e Rungtusanatham (2001) consideram que, para examinar o SAC nos processos internos, dependendo do nível de análise, os agentes podem ser a equipe, o indivíduo ou até a organização inteira. A partir das análises dos agentes, os graus de interação com os outros agentes são verificados através das trocas de informações e recursos disponíveis. Ainda apresentam que, o princípio da auto-organização e a emergência nos SAC's são direcionados pelas ações simultâneas e paralelas dos agentes dos seus subsistemas. Desse modo, a auto-organização é direcionada às novas estruturas emergentes, padrões e propriedades que surgem sem serem impostos externamente pelo sistema, pois parece ter direcionamento próprio, com próprias regras, leis e possibilidades.

Para acrescentar ao exposto, a coevolução requer que o sistema reaja com o meio ambiente, permita a sua ordem ao mesmo tempo em que possibilite reagir às mudanças qualitativas no ambiente e mantenha a oscilação entre a ordem e a desordem. O modelo teórico apresenta o elemento futuro não aleatório, que é a incapacidade de determinar de maneira exata o comportamento futuro de um SAC, no entanto não implica que o futuro seja aleatório (ALMEIDA, 2013).

O modelo de Mitleton-Kelly (2003) apresenta as organizações como sistemas complexos em evolução. As mudanças de gerenciamento fazem com que surjam diferentes formas de agir e de se relacionar, proporcionando novas perspectivas de trabalho e novas formas organizacionais. O autor afirma que as organizações precisam facilitar o aprendizado e a geração de novos conhecimentos para proporcionar condições técnicas e socioculturais adequadas para apoiar a conectividade e a interdependência, bem como facilitar a emergência e a auto-organização. Quando se fala de “emergência” em um Sistema Adaptativo Complexo, isso significa esclarecer sobre a ideia de ser criada uma nova ordem junto à auto-organização na qual emergem novas práticas a partir de relacionamentos e formas de organização, que se tornam parte do processo. O autor comenta a respeito da oportunidade de adquirir conhecimentos e produzir ideias inovadoras quando há trabalho em equipe, algo que também pode ser considerado como uma propriedade emergente, que surge das interações entre os indivíduos. As ideias formam parte da história de cada indivíduo e da equipe quando são articuladas (ALMEIDA, 2013).

Os termos “interconectados” ou “entrelaçados” são alguns pontos essenciais dos sistemas complexos. Por esse motivo, o estudo para compreender o comportamento de um

sistema complexo passa necessariamente pelo entendimento do comportamento das partes e como elas agem juntas para formar o comportamento de conjunto (ALMEIDA, 2013).

O quadro 5 abaixo apresenta as principais características do SAC de acordo com Snowden e Boone (2007):

Quadro 5 - Características de um Sistema Adaptativo Complexo

CARACTERÍSTICAS	DESCRIÇÃO
Inter-relacionamentos	Envolve uma gama de elementos interativos e aumenta com o número de conexões não previstas entre os componentes do sistema
Retroalimentação (feedback)	A informação circula, é modificada e depois retorna para influenciar o comportamento do sistema de forma positiva ou negativa
Adaptabilidade	O fluxo de informações muda o sistema continuamente, o qual, em resposta, adapta-se ao ambiente externo. Os elementos evoluem uns com os outros e com o ambiente.
Auto-organização	Alguns sistemas tendem à ordenação ou à auto-organização. A sobrevivência depende da renovação e da dissolução da ordem. O equilíbrio e desequilíbrio podem se alternar ao longo do ciclo de vida de um projeto complexo.
Emergência	O comportamento do sistema não é explicado pelo comportamento dos componentes individualmente, cujo todo é maior que a soma das partes.
Não linearidade	Pequenas mudanças podem mudar radicalmente o comportamento do sistema, podem causar imprevisíveis consequências nas saídas do sistema
Imprevisibilidade	Não é possível prever ou predizer o comportamento de um sistema complexo, pois as condições externas e as mudanças constantes não permitem

Fonte: A autora, 2023 adaptado de SNOWDEN; BOONE, 2007.

Para Chiavenato (2014) e Morin (2015b) os sistemas existem dentro dos sistemas, eles são abertos e suas funções dependem de suas estruturas, não sendo possível a sobrevivência deles sem as trocas de energia e informações com o seu ambiente, de forma contínua. Um sistema precisa receber uma quantidade suficiente de trocas de energia e informações para manter suas operações. Assim, uma grande parcela de esforço de um agente é gasta para adaptar-se aos outros agentes.

Os sistemas são caracterizados por um processo de intercâmbio infinito com seu ambiente, que são os outros sistemas, e, quando essa forma de troca cessa, eles se desintegram, isto é, perdem suas fontes de energia. E as funções de um sistema dependem de sua estrutura porque os sistemas são interdependentes, na medida que suas funções se

contraem ou expandem, sua estrutura acompanha. O SAC é um sistema de agentes que atua cada qual com as suas regras e a partir de suas experiências anteriores (MORIN, 2015b).

Ferreira (2001) descreve o SAC como um sistema composto de muitas partes e que apresenta comportamentos emergentes, deduzidos a partir das ações que surgem da interação entre as partes, podendo apresentar hierarquia e auto-organização resultante dessa interação. Uma quantidade de diferentes escalas pode caracterizar um sistema complexo e, conseqüentemente, é possível entendê-lo como um todo a partir desses níveis. O autor nos direciona a compreensão da dinâmica organizacional na Teoria da Complexidade, na qual é preciso analisar como os Sistemas Complexos evoluem ao longo do tempo e as pequenas alterações nos parâmetros do sistema que podem resultar de um comportamento caótico.

Nos SAC's, a maior parte do ambiente de um agente adaptativo é constituída por outros agentes adaptativos, e eles são influenciados e influenciam pelo ambiente. Nesse enfoque, as organizações passam a ser descritas em suas ações e interações como um organismo vivo dentro de um ambiente circundante no qual, segundo Chiavenato (2014), o sistema aberto tem entradas e saídas com o seu ambiente; a organização é percebida em um relacionamento dinâmico com o seu ambiente, recebendo vários estímulos (entradas), transformando-os de diversas maneiras (processamento ou conversão) e exportando seus resultados na configuração de produtos ou serviços (saídas). O sistema recebe insumos na forma de recursos e fornece resultados na forma de produtos e serviços, evitando o processo de desgaste e de desintegração, típico dos sistemas fechados. As organizações passam a ser descritas em suas ações e interações como um organismo vivo dentro de um ambiente circundante.

Dessa forma, em um sistema, a ação de uma pessoa pode ter implicações mais amplas para as outras conectadas. Essas interdependências determinam a natureza, o escopo e o tamanho do sistema. Um sistema se torna "complexo" porque as interdependências que o definem também o tornam altamente dinâmico, oscilando entre períodos de estabilidade e caos. Assim, a não linearidade das decisões, a interação comunicativa e o caos são características de um relacionamento gerencial em um SAC, facilitado com a participação dos envolvidos, compartilhando as decisões na intervenção para resolução dos problemas. (COPELLI, 2016; REED et al., 2019)

Na perspectiva apresentada através das características do SAC, em Khan et al. (2018), ele é o sistema que possui o PC para os cuidados de saúde, onde estão incluídos o gerenciamento assistencial ao paciente, a prestação de serviços de saúde e programas para condições agudas e crônicas, a saúde pública e atenção ao longo prazo. Um sistema se torna

complexo pelas interdependências que o definem e o tornam altamente dinâmico, oscilando entre períodos de estabilidade e caos.

Peters (2012) examinou as características da ampliação de processos por meio de modelos alternativos fornecidos a partir de uma compreensão de SAC's, no qual mostrou que é importante descrevê-lo como fenômenos, dependência de caminho, feedbacks, comportamento emergente e transições de fase, que podem revelar lições relevantes para o design e implementação de políticas e programas no contexto de expansão dos serviços de saúde. Essas implicações incluem prestar mais atenção ao contexto local, incentivos e instituições, bem como antecipar certos tipos de consequências não intencionais que podem prejudicar a intensificação dos esforços e desenvolver e implementar programas que envolvam os principais atores por meio do uso transparente de dados para a solução contínua de problemas e adaptação.

Para Copelli et al. (2016), isso perpassa ideias de redes de cuidado e interconexões, funcionando de modo articulado e fazendo com que elas façam uma interação. As concepções de gerência oferecem noções de articulação entre o cuidado direto e o cuidado gerencial, com ideias e conceitos integrados para aprimorar a qualidade que é oferecida, estabelecendo uma relação de autonomia e dependência entre o agente de cuidado e o sistema. Portanto, a responsabilidade do serviço de saúde é estabelecer em seu planejamento e ambiente organizacional, as políticas, objetivos e planos de ação que devem ser executados e entrelaçados.

Nesse caso, a gerência no SAC pode ser essencial quando a organização enfrenta desafios, pois ele exige humildade e paciência atribuídas a pessoas que contribuem com ideias e agem, mas também tende a ser visto como um resultado da interação dinâmica, não sendo baseado em hierarquia e papéis formais. Enquanto os líderes tradicionais se esforçam para eliminar o caos e reduzir a incerteza, os líderes da complexidade obtêm êxito no caos e absorvem a incerteza, sendo necessária para diferentes objetivos e funções de gerenciamento da complexidade dos cuidados de saúde (KHAN, et al., 2018).

O PC está cada vez mais sendo adotado na saúde, área em que pode ser descrita como um SAC, cujo pensamento é aplicado como um modelo explicativo para entender a natureza do sistema e para estimular mudanças e transformações dentro do sistema. Ele sustenta as práticas de gerência assistencial, enxerga a integralidade do ser, as relações e as interações que existem entre as organizações de saúde mediante as redes de cuidado, bem como as interações entre os profissionais de saúde (COPPELLI et al., 2016).

Os sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, são compostos por grupos altamente heterogêneos de agentes (por exemplo, muitos tipos de prestadores de serviços de saúde, gerentes, formuladores de políticas, pacientes, reguladores, etc.), intervindo em vários níveis por meio de uma variedade de serviços e funções. Dessa forma, o conhecimento deve ser construído e reconstruído, principalmente no Brasil, com as suas diferentes características socioeconômicas e culturais. Nesse contexto, o SAC direciona para uma auto-organização, emergindo através de ações coletivas dentro de um sistema, na adaptação (COPELLI et al., 2016).

Asefa et al. (2020) investigaram as restrições do sistema de saúde aos cuidados de maternidade respeitosos em três hospitais do sul da Etiópia, a partir da teoria do SAC. Os resultados encontrados demonstram que as interações entre os fatores atitudinais dos provedores e os da estrutura do serviço incluíram violações de privacidade das mulheres quando os acompanhantes de parto foram admitidos nas salas de parto. O atrasado e dificuldade de reembolso dos serviços prestados resultou em escassez de suprimentos, desmotivação e comportamento desrespeitoso entre os provedores, resultando em baixa adesão aos cuidados respeitosos. As intervenções destinadas a melhorar apenas os componentes comportamentais não foram suficientes para mitigar os maus-tratos às mulheres, sendo necessárias intervenções em todo o sistema para abordar as interações complexas que restringem esses cuidados.

Corroborando para essa visão sobre os SAC's, Nobles, Radley e Mytton (2021) propuseram uma ferramenta de ação (*Action Scales Model*) através da análise dos eventos, estruturas, metas e crenças para ajudar gerentes, profissionais e avaliadores a identificar e avaliar ações dentro desses sistemas para reorientação dos esforços trabalhados. Essa ferramenta obteve êxito ao encorajar as pessoas a pensarem de forma diferente sobre os SAC's em que trabalham e na identificação de novas oportunidades e potencialmente mais impactantes para alavancarem mudanças. Os SAC's são caracterizados por vários fatores. Eles se adaptam com o tempo e de maneiras imprevisíveis em resposta a novas políticas, normas sociais, interesses comerciais e avanços tecnológicos, por exemplo, caracterizando-se também pela interdependência e feedback, assim como pela influência mútua entre as partes que compõem o sistema, reforçando ou estabilizando os resultados à medida que começam a surgir.

As alternativas oferecidas pelo SAC podem refletir melhor a natureza complexa e mutável dos sistemas de saúde e criar oportunidades para compreender e ampliar os serviços de saúde. Desse modo há um embasamento teórico explícito para abordagem sobre o

gerenciamento do cuidado em uma maternidade que pode ser considerada um SAC com as suas adaptações emergentes frente à pandemia da covid-19, além de outras várias características abordadas neste capítulo. No SAC, a atuação requer uma postura reflexiva por meio da percepção individual da interação. Morin (2021), ao discorrer sobre as lições da pandemia, considerou que a novidade radical da covid-19 está no fato de ter dado origem a uma mega crise pela combinação de crises simultâneas, sendo elas políticas, econômicas, sociais, ecológicas, nacionais e planetárias, que se sustentam mutuamente com componentes, interações e indeterminações múltiplas e interligadas, ou seja, complexas, no sentido do “complexus” descrito pelo autor.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Abordagem metodológica**

Optou-se pela pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo. Para Taquette (2016), a pesquisa qualitativa abrange diversas abordagens que objetivam descrever, compreender e interpretar certos comportamentos, experiências e contextos.

O caráter exploratório busca investigar a natureza complexa dos comportamentos, experiências, contextos e outros fatores com os quais estejam relacionados. Enquadram-se na categoria todos aqueles que buscam descobrir ideias e intuições, na tentativa de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado (BECK; HUNGLER, 2004; POLLIT).

A pesquisa descritiva tem o intuito de descrever com exatidão as características de uma determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Nesta situação, o planejamento da pesquisa necessita ser flexível e descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade para permitir a análise dos vários aspectos relacionados com o fenômeno. Dá-se prioridade ao caráter representativo sistemático com procedimentos de amostragem flexíveis (MARCONI; LAKATOS, 2016; SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1965; TRIVIÑOS, 1987).

#### **3.2 Cenário do estudo**

O cenário foi a rede pública assistencial da atenção obstétrica da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro enquanto espaço social e não propriamente um ambiente físico em particular. A rede assistencial da pesquisa é inserida na área hospitalar cujas dimensões conjunturais englobam a dimensão financeira, política, organizacional, assistencial, social e de ensino, na qual obteve-se entrevistados no âmbito das esferas governamentais municipal, estadual e federal.

Apoiando-se no sociólogo francês Henri Lefebvre, Ramos (2021) esclarece que o espaço social não é apenas uma coleção de objetos físicos, mas um processo triádico e dialético, que abarca o percebido, o vivido e o concebido, sendo considerado dinâmico, em

transformação, com justaposições, desdobramentos e contradições. O espaço percebido se refere às experiências do cotidiano relacionadas com os objetos e os fenômenos imediatos. O espaço vivido se dá através das imagens e dos símbolos, sendo regido pelas ações estruturadas em diversas interações. O espaço concebido envolve a dimensão espacial conexa com as relações de produção, conhecimento, planejamento, ordem instituída, constituindo representações e ações dos agentes que visam ordenar e dominar o espaço (RAMOS, 2021).

### 3.3 Participantes e critérios de inclusão e exclusão

Os 19 participantes da pesquisa foram os profissionais de enfermagem e da medicina que atuaram na área obstétrica hospitalar durante a pandemia da covid-19. Entre esses profissionais, 12 eram enfermeiras, cinco eram médicos e duas eram técnicas de enfermagem.

Incluíram-se na pesquisa os profissionais de enfermagem e da medicina atuantes em serviços públicos municipais, estaduais ou federais, nos cuidados diretos ou nas atividades gerenciais de liderança ou supervisão das equipes em unidade obstétrica hospitalar durante a pandemia da covid-19. Os excluídos foram os profissionais que trabalhavam em maternidade há menos de um ano e exclusivamente em hospitais da rede privada.

Considerando as características dos 19 profissionais participantes (APÊNDICE B), dezesseis deles eram mulheres e os demais eram homens, sendo um enfermeiro e dois médicos. Quanto à idade, sete estavam entre 30 a 45 anos, 11 entre 46 e 60 anos e um acima de 60 anos, como descrito no Quadro 6:

Quadro 6- Idades relacionadas ao gênero

Idade (anos)	Gênero Feminino	Gênero Masculino	Total
<b>30-45</b>	07	-	07
<b>46-60</b>	09	02	11
<b>Acima de 60</b>	-	01	01
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>03</b>	<b>19</b>

Fonte: A autora, 2023.

Entre os 12 profissionais de enfermagem, 10 eram enfermeiras e duas exerciam o cargo de auxiliar de enfermagem nas instituições públicas, sendo as mesmas aqui designadas

pelo seu cargo no serviço de saúde apesar de possuírem a formação técnica em enfermagem. As duas auxiliares de enfermagem e nove enfermeiras eram mulheres e, por esse motivo, optou-se por designar os profissionais de enfermagem pelo gênero feminino.

Entre as enfermeiras participantes, 10 eram especialistas, sendo que cinco delas realizaram mais de uma especialização. Essas participantes eram especializadas nas áreas de Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Neonatal, Emergência, Saúde da família, Terapia Intensiva, Gestão e *Master in Business Administration* (MBA). Duas enfermeiras eram pós-graduadas no nível de mestrado. Todos os médicos eram especialistas em ginecologia e obstetrícia, sendo que um deles era especializado em medicina reprodutiva. (Quadro 7)

Quadro 7 - Categorias relacionadas ao gênero e pós-graduação

Categoria Profissional	Gênero		Pós-graduação	
Enfermeira	Feminino	11	Enfermagem Obstétrica	08
			Enfermagem em Emergência	02
			Enfermagem Obstétrica Mestrado em Enfermagem	02
			Enfermagem Neonatal	01
	Masculino	01	Enfermagem da Saúde da Família	01
			Enfermagem Terapia Intensiva	01
Gestão e MBA			01	
Médico	Feminino	03	Ginecologia e Obstetrícia	05
	Masculino	02	Medicina Reprodutiva	01
Auxiliar de Enfermagem	Feminino	02	Terapia Cognitiva Comportamental*	01
	Masculino	-		
Total	Feminino	16		
	Masculino	03		

Legenda: \*Possui graduação em Psicologia

Fonte: A autora, 2023.

Considerando o tempo de atuação profissional, a maioria (9) dos participantes exercia a profissão de 11 a 20 anos, seguida daqueles com 21 a 30 (5) e mais de 31 anos (3) de trabalho na profissão. Quanto à atuação na área obstétrica dos participantes, predominaram aqueles que trabalham de 11 a 20 anos (7) e de um a 10 anos (6), como pode ser observado no Quadro 8.

Quadro 8 - Tempo de atuação profissional e na área obstétrica dos entrevistados

<b>Tempo (anos)</b>	<b>Tempo de atuação profissional</b>	<b>Tempo de atuação na área obstétrica</b>
<b>01-10</b>	02	06
<b>11-20</b>	09	07
<b>21-30</b>	05	05
<b>Acima de 30</b>	03	01
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>

Fonte: A autora, 2023.

Em relação ao vínculo empregatício dos participantes, 10 profissionais eram estatutários, quatro tinham o vínculo celetista, uma participante tinha os vínculos celetista e contrato determinado, e quatro possuíam os dois tipos de vínculos (estatutário e celetista). Contatou-se a média de 1,9 vínculos laborais para cada participante. Quatro profissionais possuíam um vínculo laboral apenas, sendo todas enfermeiras.

O trabalho dos profissionais diaristas (6) era realizado com carga horária semanal de 20h (2), 30h (2) e 40h (2), enquanto os plantonistas exerciam o seu trabalho com carga horária semanal de 30 h (11) e 24 h (6). Os seis gerentes participantes atuavam como profissionais diaristas enquanto os treze profissionais da assistência trabalhavam predominantemente sob regime de plantão, sendo os médicos em plantões de 24h semanais e a enfermagem em plantões de 30h semanais.

Dentre os participantes, todos trabalhavam em unidades obstétricas hospitalares sob a gestão municipal, além daquelas que eram geridas pela secretaria estadual de saúde (3) e pelo Ministério da Saúde (3). Entre essas unidades, dois hospitais se localizavam em outros municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro e os mesmos dispunham de setor obstétrico.

Os setores de atuação dos participantes quanto à assistência ao parto eram o centro obstétrico (7), serviço médico assistencial (8), centro cirúrgico obstétrico (2), pré-parto e sala de parto (1) e centro de parto normal hospitalar (1). Os profissionais que trabalhavam no centro obstétrico atuavam em centro cirúrgico, pré-parto e sala de parto. Os participantes que atuavam em outros setores da unidade obstétrica eram profissionais da enfermagem. Esses setores eram a enfermaria de gestantes (1), enfermarias de gestantes e alojamento conjunto (1), setor da admissão (2) e setor da classificação de risco (4). Em relação ao serviço médico assistencial, os obstetras (5) eram responsáveis tanto pelos atendimentos de emergência quanto os do centro obstétrico.

O grupo de participantes gerentes do processo assistencial foi composto por seis profissionais, ou seja, quatro enfermeiras e dois médicos. Esses gerentes exerciam as

seguintes funções dentro da corporação hospitalar: direção geral da maternidade (1), coordenação do complexo obstétrico (1), coordenação do serviço médico (1), chefia da equipe médica (1) supervisão de enfermagem (1) e responsável pelo setor de educação permanente (1). Entre esses gerentes, havia aqueles trabalhavam em outros serviços de saúde, como em centro cirúrgico de hospital geral (1), consulta pré-natal em unidade básica (1) e superintendência assistencial da SMS-RJ (1).

### 3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de março a julho de 2022 e utilizou uma amostra intencional e não probabilística de profissionais de enfermagem e da medicina. Esse tipo de amostra envolve a maior participação por parte do pesquisador na escolha dos elementos ou atributos dos participantes que de interesse para o estudo, tendo a sua validade dentro de um contexto específico (LAKATOS; MARCONI, 2016).

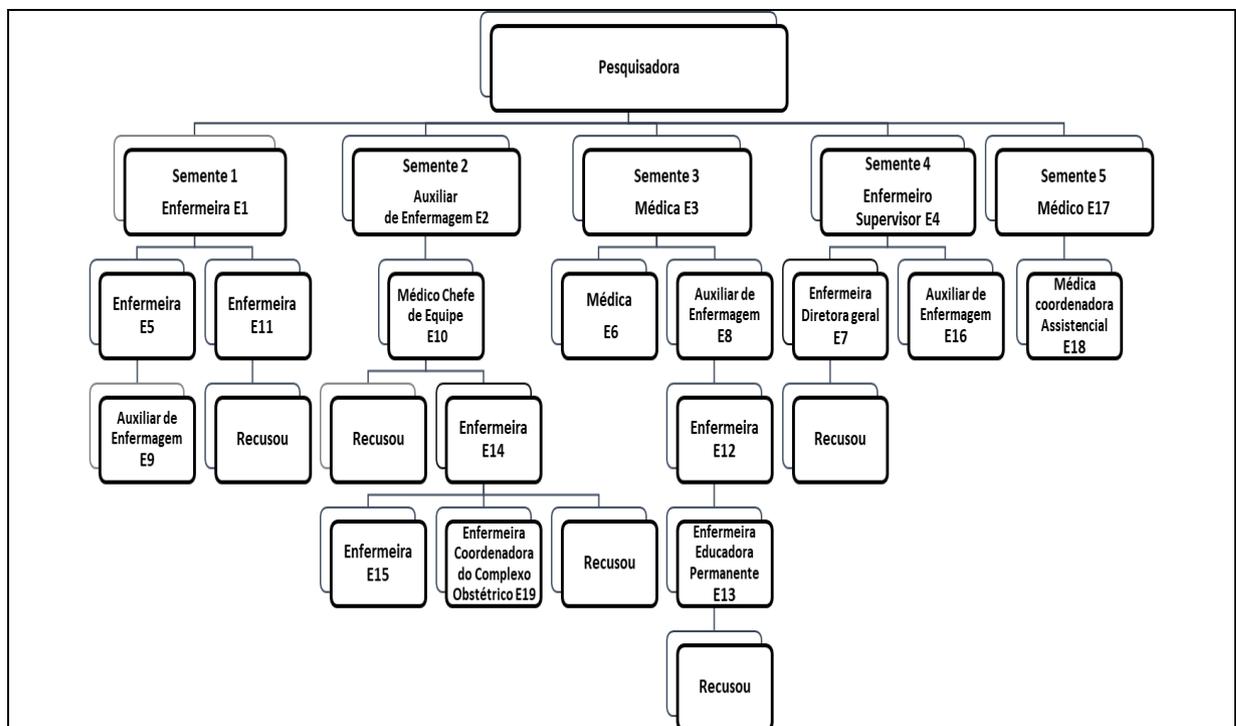
Dessa forma, para coletar os dados pertinentes ao estudo, a pesquisadora recrutou os profissionais elegíveis ao estudo por meio da divulgação do mesmo em aplicativos de redes virtuais sociais, como *WhatsApp*, *Instagram* e *Facebook*. Para essa captação dos participantes potenciais e através de grupos do *WhatsApp* da atenção obstétrica, mensagens foram enviadas com as informações sobre a pesquisa juntamente com o convite de participação. Os grupos selecionados foram aqueles nos quais a pesquisadora é membro. No *Facebook* e *Instagram*, utilizaram-se os recursos do *Direct* e do *Messenger* para enviar mensagem direta aos profissionais potenciais. Nesses aplicativos, disponibilizou-se o acesso ao link do formulário eletrônico, do tipo *Google Forms*, que questionava sobre o desejo ou não de participar no estudo, abarcando também perguntas ao respondente sobre a categoria profissional, o local de trabalho e o tempo de atuação na assistência obstétrica hospitalar durante a covid-19.

Apesar dessas estratégias de divulgação, os profissionais que se prontificaram a participar da pesquisa enviaram mensagens diretas à pesquisadora pelo aplicativo *WhatsApp*. A partir desse contato inicial, as respostas a essas mensagens contemplavam o pedido de preenchimento do formulário eletrônico. A partir do envio desse formulário preenchido, foi possível confirmar o aceite à participação no estudo pelo respondente e aplicar os critérios de seleção da pesquisa.

Os cinco profissionais selecionados foram denominados de sementes, conforme o método de amostragem utilizado e denominada de técnica *snowball* ou bola de neve. Essa técnica utiliza de cadeias de referência, como uma rede de contatos para coleta de informações, e de recrutamento em cadeia. Ela é melhor utilizada em pesquisas em que não necessita da precisão quantitativa da população e quando envolve questões problemáticas ou privadas e os participantes têm altas chances de se conhecerem ou de terem ligações entre si (BOCKORNI; GOMES, 2021; GOODMAN, 1961).

Assim sendo, os primeiros participantes ou “sementes” concederam as entrevistas iniciais e, ao término de cada uma delas, a pesquisadora solicitou ao entrevistado a indicação de outros profissionais que pudessem participar do estudo, a partir de sua rede socioprofissional na atenção obstétrica, e que trabalhassem em unidades hospitalares diferenciadas do mesmo. Essa estratégia visou garantir a “rolagem” da amostragem por bola de neve e a diversidade nas experiências vivenciadas acerca do gerenciamento do processo assistencial, evitando argumentações semelhantes e possibilitando produção de dados mais consistente (Figura 2).

Figura 2 – Amostragem em bola de neve na pesquisa



Fonte: A autora, 2023.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado, sendo o mesmo previamente testado com duas profissionais de enfermagem atuantes em maternidade pública.

Após esse teste, a ordem das perguntas foi modificada e uma pergunta foi inserida. Em razão dessas modificações do roteiro, optou-se pelo descarte dessas duas entrevistas.

Lakatos e Marconi (2016) fundamentam que, na entrevista semiestruturada, há maior flexibilidade em repetir, reformular e esclarecer perguntas ou especificar algum significado, como garantia de estar sendo compreendido. Há a possibilidade de conseguir informações mais precisas, podendo ser comprovadas, de imediato, as discordâncias. Ao fazer as duas entrevistas testes verificou-se a importância de reorganizar numericamente as perguntas.

O instrumento de coleta de dados foi composto por uma parte com questionamentos sobre as características dos participantes e de outra parte específica, com perguntas abertas e fechadas, relacionadas ao objeto de estudo e que contemplavam as experiências vivenciadas, desafios e adaptações do gerenciamento do processo assistencial durante a covid-19 (APÊNDICE C).

As entrevistas foram individuais, sendo 18 delas realizadas de modo presencial e uma pelo meio virtual através do aplicativo do *Google Meet*. As escolhas dos participantes acerca do local, horário e modo de concessão da entrevista, presencial ou virtual, foram respeitadas pela pesquisadora. Assim sendo, 17 participantes escolheram realizar a entrevista num ambiente privativo ou no pátio externo do hospital onde trabalhavam; um profissional preferiu o local ser um espaço aberto ao público e outro depoente optou pela entrevista em ambiente virtual. Nas entrevistas presenciais, as devidas medidas de proteção e distanciamento foram adotadas.

Para Lobe, Morgan e Hoffman (2020), deve-se investigar a experiência vivida dos indivíduos que enfrentam tempos desafiadores, mas eles advertem que os mandatos de saúde pública e as medidas de distanciamento social restringem a possibilidade de realização da coleta de dado de forma presencial, podendo a mesmo ser direcionada para outros meios que assegurem o distanciamento, como o telefone e a internet.

Para o embasamento da realização da entrevista por via remota, Vasconcellos e Guedes (2007) afirmam que o ambiente virtual, entre outras utilidades, possui potencial para a realização de pesquisas científicas. Essa possibilidade está respaldada através do Ofício Circular nº2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, entendendo que o meio ou ambiente virtual é:

(...) aquele que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, etc.), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios.

Antes da entrevista, foi esclarecido a cada participante sobre os propósitos do estudo e, depois, assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A participante que concedeu a entrevista por meio virtual também assinou o TCLE e enviou o registro em arquivo de imagem, com assinatura legível e por aplicativo de mensagem (APÊNDICE D). Todos os termos estão sob a guarda da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em aparelho de gravação de áudio, tipo MP3 e, posteriormente, transcritas na primeira oportunidade. Os horários de início e de término da interlocução foram registrados e tiveram a duração média de 55 min. Os depoimentos gravados foram armazenados em arquivo digital. Aos entrevistados, foi facultada a leitura da transcrição da entrevista, caso assim eles desejassem ou fosse necessário esclarecer os trechos de gravação inaudíveis. Apenas dois profissionais contactados pela pesquisadora para retirada de dúvidas sobre a transcrição dos seus depoimentos e os demais não estabeleceram a condição de leitura prévia.

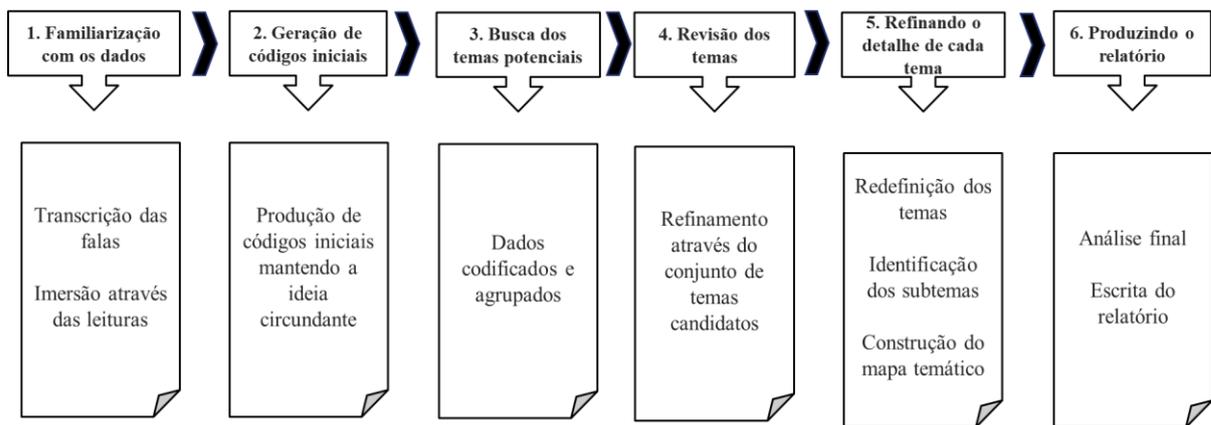
O processo de entrevista continuou até que fosse atingida a saturação teórica dos dados, isto é, quando as informações não acrescentaram a compreensão do fenômeno, sendo alcançado na 13ª entrevista. Adicionalmente, mais seis entrevistas foram realizadas para a confirmação de que o ponto de saturação foi alcançado, como recomendam Nascimento et al. (2018). Cabe destacar que tais conversações ocorreram no período de circulação da variante de preocupação (*Variant Of Concern*, VOC) Ômicron do SARS-CoV-2, o que dificultou o recrutamento e o referenciamento através da bola de neve e, possivelmente, influenciou na recusa de cinco profissionais em participar do estudo e na postura de três participantes de não enviarem os contatos dos profissionais que eles referenciam, apesar de isso ter sido acordado ao término de suas entrevistas.

### 3.5 Análise dos dados

A análise temática foi conduzida conforme Braun e Clarke (2006). Esse tipo de investigação é um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados, visando identificar, analisar, organizar, descrever e relatar em detalhes os temas encontrados em um conjunto de dados, sendo norteadas pelos pressupostos do pensamento complexo e do sistema adaptativo complexo. Destaca-se que a análise temática possibilita compreender, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder as questões formuladas e, assim,

ampliar o conhecimento sobre o tema investigado. Ela organiza e descreve o conjunto de dados em detalhes. No entanto, muitas vezes, também vai além disso, ela interpreta vários aspectos do tema de pesquisa, sendo a sua flexibilidade um dos benefícios da análise temática (BRAUN; CLARKE, 2006; TAQUETTE, 2016). A análise temática possui seis fases distintas e estão esquematicamente apresentadas no Quadro 9:

Quadro 9 - Fases da análise temática dos dados



Fonte: A autora, 2023, conforme Braun e Clarke (2006).

As seis fases da análise temática propostas por Braun e Clarke (2006) são as seguintes:

a) Familiarizando-se com os dados: nessa etapa há a leitura, surgem as ideias iniciais e são realizadas anotações, iniciando quando a pesquisadora ouve os áudios, faz a transcrição e familiariza-se com os dados. A imersão ocorre por meio das leituras em profundidade e amplitude, possibilitando a familiarização do conteúdo dos dados. Após essa leitura exaustiva, buscam-se significados e padrões. Além da realização dessas etapas, cada entrevista foi numerada conforme a sua ordem de realização e foi adotada a codificação pela letra “E”, a exemplo de E1, E2, E3, assim por diante. As anotações e marcações das ideias foram realizadas para viabilizar o processo de codificação formal;

b) Gerando de códigos: a produção de códigos iniciais possibilita identificar uma característica do conteúdo semântico interessante à pesquisa e que permite analisar ou avaliar de forma significativa o fenômeno. O trabalho sistemático em todo o conjunto de dados fornece informações completas e igual atenção a cada item de dados, identificando os aspectos interessantes nos itens de dados e que formaram a base de padrões repetidos (temas) em todo o conjunto de dados. Criou-se um livro de códigos inicial com os extratos codificados e numerados conforme o seu surgimento no

processo de codificação. Inicialmente, os dados foram codificados mantendo a ideia circundante para não haver fuga do tema e uma divisão do texto. Essa etapa da análise gerou 371 códigos e seus extratos de dados passaram pelo processo de agrupamento;

c) Buscando os temas iniciais: nessa etapa há a junção dos códigos e união dos dados pertinentes a cada tema. Os dados são codificados e agrupados, sendo elaborada uma listagem dos códigos diferentes e identificados em seu conjunto. Esses são classificados como temas potenciais e, posteriormente, agrupados em extratos de dados codificados relevantes dentro dos temas identificados. A relação entre códigos e diferentes níveis de temas são organizados. Em conformidade, os dados foram agrupados e organizados em três categorias com os seus respectivos recortes ilustrativos das falas dos entrevistados;

d) Revisando os temas: procede-se a testagem dos temas candidatos, a partir do conjunto de dados, para avaliar se eles conseguem responder os objetivos da pesquisa e, dessa forma, gerar um mapa temático explicativo do fenômeno em análise. Com o refinamento dos temas iniciais, houve a revisão de todos os extratos agrupados para cada tema e a verificação de um padrão coerente entre eles. Após esse processo, os dados foram revisados pela orientadora e pesquisadora através da reorganização dos temas existentes e seus respectivos extratos, envolvendo a divisão, combinação ou descarte dos temas inicialmente elaborados. Essa etapa culminou na geração de 144 códigos que constituíram três temas centrais ou categorias temáticas e oito subtemas ou subcategorias correspondentes;

e) Definindo e nomeando cada tema: nessa fase houve a análise detalhada de cada tema com relação ao seu escopo e foco, sendo definido um nome informativo e representativo para cada um deles pela pesquisadora e orientadora, designados os subtemas e identificados os recortes das falas mais ilustrativos, além da reorganização do mapa temático (APÊNDICE E) (Quadro 10);

f) Redigindo o relatório científico: é a última fase da análise, quando se estabelece a relação das questões e objetivos da pesquisa com o referencial teórico e a literatura científica acerca do fenômeno estudado. Busca-se elaborar um relatório conciso, coerente e lógico através do entrelaçamento entre a descrição analítica, os extratos de dados e contextualização da análise com a literatura existente.

Quadro 10 - Categorias e subcategorias temáticas do estudo (continua)

<b>Experiências vivenciadas pelos profissionais da enfermagem e medicina frente ao advento da pandemia da covid-19</b>
Sentimentos dos agentes diante do caos Adaptações autônomas dos agentes
<b>Estratégias gerenciais no enfrentamento da pandemia</b>
O processo de criação e implementação de protocolos assistenciais A reorganização do processo assistencial
O acompanhamento do processo assistencial
<b>Desafios e potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar durante a pandemia da covid-19</b>
Desafios do gerenciamento assistencial hospitalar Potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar

Fonte: A autora, 2023.

### 3.6 Aspectos éticos em pesquisa

A pesquisa atendeu à legislação de ética em pesquisa com seres humanos, de acordo com as Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas foram iniciadas após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 21 de março de 2022, parecer número 5.303.105 (ANEXO).

Os participantes receberam a codificação pela profissão, função exercida na instituição e ordem de concessão da entrevista, conforme estes exemplos: Enfermeira E1, Auxiliar de Enfermagem E-2, Médica E-3, Enfermeiro supervisor E-4, Médico chefe de equipe E-10, Enfermeira coordenadora do complexo obstétrico E-19, e assim por diante.

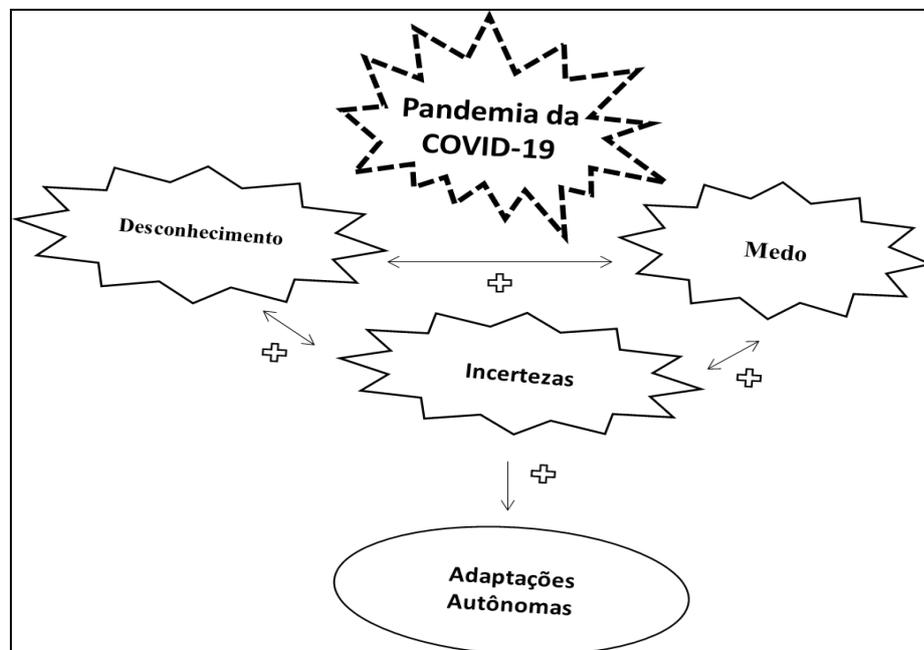
## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 4.1 Experiências vivenciadas pelos profissionais da enfermagem e medicina frente ao advento da pandemia da covid-19

Esta categoria apresenta os sentimentos vivenciados pelos profissionais participantes da pesquisa e as estratégias de adaptação autônoma estabelecidas para enfrentarem a pandemia da covid-19, mesmo diante do desconhecimento acerca dessa doença e do risco potencial de adoecimento e morte para as mulheres grávidas, seus bebês, eles mesmos e de seus familiares.

O advento da pandemia fez com que o desconhecimento acarretasse medo e incertezas que se intensificavam simultaneamente, conforme as setas e o símbolo positivo demonstram na figura 3. Isso fez com que ocorressem adaptações autônomas dos profissionais para enfrentarem o momento.

Figura 3- Vivências dos profissionais frente ao advento da pandemia



Fonte: A autora, 2023.

#### 4.1.1 Sentimentos dos agentes diante do caos

Os pesquisadores chineses descreveram e tornaram público após a descoberta do SARS-CoV-2 em 2019, informando o código genético do novo coronavírus rapidamente, na qual permitiria que outros países desenvolvessem técnicas para identificarem o agente em testes laboratoriais.

Mesmo com a descoberta, durante os primeiros dois meses de 2020, o Brasil não possuía medidas de restrições e organizações sobre a covid-19. Sem um plano consolidado do governo, a epidemia alcançou grandes proporções no país, com casos confirmados e óbitos em todos os estados onde diversas capitais e cidades mais populosas passaram a sofrer com a carência de recursos assistenciais (FRANCISCO, RODRIGUES; VIEIRA, 2021; HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

Deparando-se com o caos, sabe-se que os desdobramentos da pandemia da covid-19 são vastos, mas houve a possibilidade de o governo obter consequências menos danosas à saúde, porém, através das posturas negacionistas, minimizou os efeitos da doença e defendeu tratamentos sem eficácia comprovada, além de postergar a iniciativa de organização em vacina. (HALLAL; VICTORA, 2021; RASMUSSEN, 2021; SHELER, 2021).

Essas posturas somaram-se à presunção inicial de que a covid-19 estava limitada aos países inicialmente acometidos, fazendo com que as autoridades governamentais brasileiras não reconhecessem de pronto que a pandemia poderia atingir gravemente o país.

Desse modo, não houve preparo oportuno do sistema de saúde e estabelecimento das medidas necessárias à organização dos serviços e capacitação dos profissionais. Como os participantes relataram, havia uma percepção de segurança inicial por acreditarem que a doença poderia ficar limitada a alguns países distanciados do Brasil:

Inicialmente não acreditamos que a doença chegaria aqui ao Brasil, estava tão longe da gente. (Enfermeira diretora geral E-7)

Eu não acreditava que o vírus viria para o Brasil, [a pandemia] iniciou de uma forma muito inusitada. (Técnica de Enfermagem E-9)

No início, eu acredito que, não só em nível de clientela, mas em relação a todos, as pessoas não estavam acreditando na vinda da doença. (Médico E-11)

Assim, os profissionais externaram surpresa e perplexidade quando a pandemia se difundiu pelo país, como o desconhecimento, o despreparo e a atuação improvisada diante de uma doença transmissível e até então desconhecida:

No início, ninguém estava sabendo como lidar com a doença e dessa forma houve muito imprevisto a meu ver, sem estratégia de isolamento. (Enfermeira E-5)

No começo foi difícil porque fomos pegos de surpresa. Não tínhamos a noção de como seria a assistência, do que realmente era o vírus e o que ele poderia ocasionar. (Enfermeira E-11)

De antemão, o decretar a pandemia foi algo muito abrupto aqui no Brasil, acho que não valorizamos o que viria depois, então houve um atraso em relação ao preparo, onde o mundo já estava vivendo e acreditávamos que não fosse chegar aonde chegou. (Enfermeira E-12)

Inicialmente foi um caos, porque existia o medo de tudo, não haviam EPI's adequados e não sabíamos realmente como nos comportar. (Médica E-3)

No início que era muito desafiador você trabalhar com o desconhecido, sem saber ainda exatamente do que se tratava, quais eram os efeitos do vírus. (Enfermeiro Supervisor E-4)

Em acordo com o desenvolvimento auto organizativo, os profissionais expuseram que o sistema e equipes de saúde vivenciaram situações caóticas e dificuldades nas interações quando o vírus chegou no Brasil, expondo dificuldades de adaptação e evolução diante das incógnitas sobre quais comportamentos e ações seriam mais adequadas frente à falta de planejamento para os casos com necessidades emergentes em meio às imprevisibilidades.

As possibilidades de enfrentamento da pandemia da covid-19 são inúmeras no sistema, mas as alterações podem evoluir também positivamente e implicarem repercussões menos danosas. Em um ambiente incerto e de mudanças bruscas, tentar controlar a estabilidade é impossível.

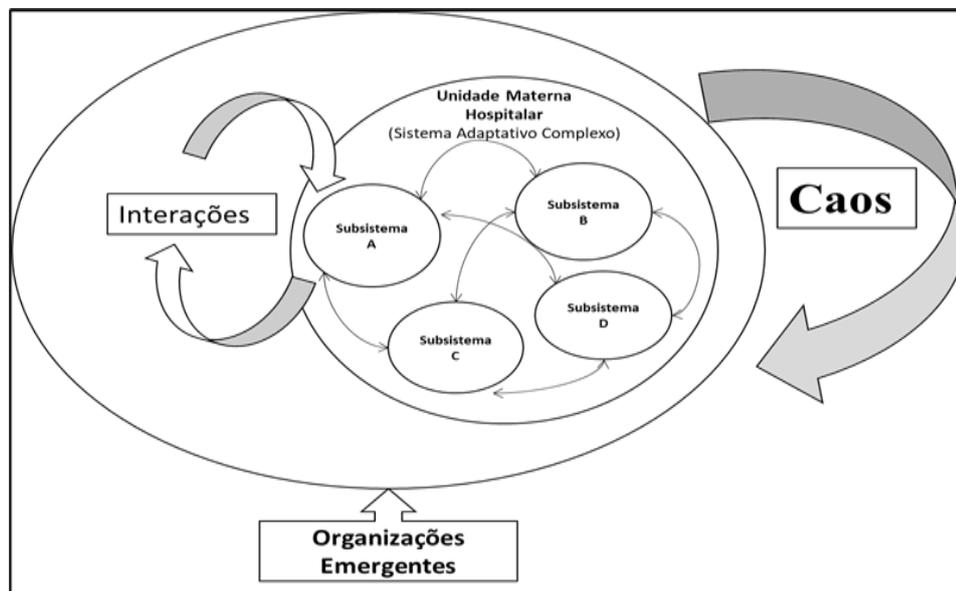
O sistema que compõe a não-linearidade e o seu dinamismo está na interação com o caos, sendo esse não entendido aqui como sinônimo de desordem e confusão, mas como fruto da interação entre ordem e desordem, entre desintegração e organização e, assim, difunde-se o comportamento de um SAC que visa os processos de tomada de decisão e as atitudes organizacionais (MORIN, 2015b).

O ambiente complexo é imerso no caos e com maneiras de agregar as interações dos sistemas em busca da ordem embasada em organizações emergentes e dentro da complexidade deles.

Dessa forma, a presente pesquisa revelou que a pandemia da covid-19 ocasionou o caos aos sistemas das maternidades e fez com que as interações fossem estabelecidas através da busca de adaptação dessas unidades hospitalares em meio à crise.

O envolvimento do sistema foi modificável pelo ambiente externo e as suas interações internas ocorreram, havendo a promoção dos cuidados maternos, em que os subsistemas foram os setores interligados através de interações entre seus agentes que por sua vez interagem com o meio externo promovendo organizações emergentes ao sistema (Figura 4).

Figura 4 -Interações na unidade materna hospitalar mediante ao caos



Fonte: A autora, 2023

As atitudes negacionistas frente às tensões na prestação dos cuidados nas maternidades do Irã, Hantoushzade et al. (2021) constataram que os funcionários dos serviços de saúde deveriam estar preparados para uma situação de crise sanitária, englobando a disponibilidade de orientações e transmissão de segurança à população, com fornecimento das condições estruturais de trabalho aos profissionais envolvidos.

Nessa mesma direção, os profissionais participantes demonstraram a insegurança no trabalho pelo desconhecimento acerca da covid-19, ocasionando medo da exposição ao coronavírus e pela possibilidade de se contaminarem e transmitirem o vírus para as suas famílias:

No início tinha o medo, porque mais que precisássemos cuidar e que prestássemos o cuidado às pacientes com suspeita, existia um pavor de toda a equipe, da gente, da equipe médica, de ter que cuidar daquela mulher naquela situação. (Enfermeira E-1)

No início, a palavra que nos define é medo. Medo de se contaminar, morrer, medo de levar a doença para casa, para a família. (Enfermeira E-5)

O maior desafio da pandemia foi o medo da ameaça do vírus, em ficar doente, acabar contaminando o familiar, a mãe, o filho. (Enfermeiro supervisor E-4)

Eu acho que essa pandemia do COVID mexeu com muitas pessoas, para mim mexeu muito, a gente fica com medo, porque pensa muito nas pessoas que a gente deixa em casa. (Enfermeira E-11)

A pandemia trouxe uma tensão emocional ao profissional de saúde, podendo alterar o seu bem-estar e saúde mental. Em razão disso, Bradfield et al. (2021), referindo-se ao contexto da assistência materna, recomenda priorizar a proteção dos profissionais de saúde, mas eles apresentam desafios únicos pela tendência de preferirem os modelos relacionais de assistência e com conexão entre a clientela e o prestador de cuidados.

Corroborando com as percepções dos participantes, Liu et al. (2020), Pallangyo et al. (2020) e Hantoushzade et al. (2021) identificaram que, diante da natureza desconhecida da covid-19, os profissionais de saúde experimentaram medo da exposição potencial ao vírus pela sua natureza contagiosa, desconhecimento das rotas de transmissão, proximidade de contato com os pacientes, falta de insumos de proteção e adoecimento dos colegas de trabalho.

Ao considerar o risco de exposição ao vírus da covid-19 no ambiente hospitalar, os profissionais manifestaram preocupações (BRADFIELD et al., 2021), incertezas e medo durante o início da pandemia devido à preocupação de contraírem o vírus e contaminarem as pessoas mais próximas, levando uma parte deles reduzir as relações familiares nesse período (APPELMAN et al., 2022; HANTOUSHZADE et al., 2021; KAYIGA, et al., 2021). Para Kackin et al. (2021), essas reações de medo são normais perante as crises causadas pelas doenças infecciosas, com exteriorização de emoções negativas. Em razão disso, ressalta-se a importância de minimizar o estresse com medidas emergentes que beneficiem o entendimento sobre o caso o mais precocemente possível.

Com a covid-19 se espalhando no Brasil e o medo da sociedade em lidar com ela, alguns profissionais foram acometidos pela doença, tiveram temor da morte e se sentiram culpados por colocar os seus familiares em risco de exposição e adoecimento pelo vírus:

Eu perdi a minha tia e fiquei muito abalada e com medo de passar mais para os outros porque a gente trabalha direto com o covid. (Enfermeira E-15)

Quando eu tive a minha primeira infecção pela covid-19, eu tive muito medo de morrer. (Auxiliar de enfermagem E-9)

Segundo os dados do Conselho Federal de Enfermagem e do Conselho Federal de Medicina, até outubro de 2021, ocorreram 873 óbitos de profissionais da enfermagem, sendo 256 enfermeiros e 617 auxiliares e técnicos de enfermagem, e 893 mortes de médicos em todo o país. Os estados com mais óbitos profissionais foram Pará, Amazonas, Rio de Janeiro e São Paulo. Esse quantitativo de mortos denota que o contágio pelo SARS-CoV-2 era um risco potencial à vida desses profissionais durante as suas atividades laborais.

Segundo Leung et al. (2022), as mortes de profissionais de saúde durante a pandemia impactaram negativamente na vontade de trabalhar da equipe de saúde. Corroborando, as lembranças das mortes dos profissionais de saúde de Uganda pela covid-19 eram consideradas inevitáveis pelos seus colegas e, por conseguinte, esses temiam pelas suas vidas (KAYIGA et al., 2021). Portanto, os profissionais ficaram com medo de trabalhar em meio às muitas dúvidas e aos riscos de morte. Em razão disso, Wilson et al. (2021) propuseram a disponibilização do apoio emocional para os trabalhadores da saúde durante a resposta do sistema de saúde à pandemia da covid-19, visando prevenir o medo e esgotamento mental dos mesmos.

A pesquisa revelou a percepção de demora na adequação de protocolos e fluxos nas unidades de saúde, pois foram instalados concomitantemente ao processo do início da pandemia, o que causou um cenário de incertezas e estresse emocional aos profissionais. Corroborando, os entrevistados explicam a confusão e dificuldades na gestão e adaptação inicial dos sistemas hospitalares pelas dificuldades de enfrentamento de uma doença desconhecida, contagiosa, com potencial de risco de gravidade e morte, assim como pela indisponibilidade inicial de protocolos e fluxos de atendimento consolidados, como explicam os profissionais abaixo:

No início, cada dia era mais confuso, uma fala diferente, com mudanças constantes de protocolo. Como foi uma doença nova, ficou bastante confuso nos primeiros meses, enfim, os órgãos do Ministério da Saúde, passando de órgão em órgão, para podermos implementar realmente de acordo com o que eles falavam. (Enfermeira E-1)

No começo foi bagunçado e difícil, em cada momento lançavam notas técnicas diferentes, quando estávamos nos adaptando a uma, vinha outra. (Enfermeira E-11)

No primeiro momento, como todos foram pegos de surpresa, era algo novo para tudo e todos, até no gerenciamento da assistência pairavam muitas dúvidas, até que esses fluxos fossem estabelecidos. (Médico E-17)

Recebíamos muitas notas técnicas, às vezes eram duas de manhã e, de tarde, as coisas iam mudando, porque era violento o quantitativo de mudança, em uma rapidez terrível para nos adaptar. (Médica E-6)

De acordo com Liu et al. (2020), Semman et al. (2020) e Hantoushzade (2021), as mudanças rápidas de diretrizes causaram confusão nos trabalhadores de saúde, aumentando a insegurança e o medo da doença. No âmbito assistencial materno, as diretrizes e recomendações globais levaram algum tempo para serem estabelecidas e as evidências sobre o risco de covid-19 para mulheres grávidas e recém-nascidos continuavam surgindo. Essa falta de clareza foi estressante para esses trabalhadores que exerciam cuidados nessas circunstâncias de incerteza, além da possibilidade de ter contribuído para a insegurança assistencial e gerencial da assistência oferecida à população (VILLAR et al., 2021; WILSON et al., 2021).

Crowter et al. (2022) acrescentam que, internacionalmente, as recomendações variavam muito e a opinião de especialistas parecia ter precedência sobre as evidências emergentes, ocasionando pouca consideração acerca do dano potencial de práticas não respeitadas, como a separação de mães e bebês no nascimento.

Através da auto-organização inconsciente as prioridades e perspectivas estavam conflituosas o que causaram problemas de comunicação entre os agentes do sistema. Nessa perspectiva, Bradfield et al. (2021) constataram que o modo como a assistência obstétrica ocorreu durante a pandemia da covid-19 foi o motivo de maior insatisfação das mulheres e de seus parceiros, pois os profissionais estavam inseguros perante as modificações constantes e isso acarretou uma atmosfera confusa no ambiente assistencial, sendo percebida pelas pacientes. Confirma-se, portanto, que o ambiente estava imerso na incerteza e a adaptação nesse nível de auto-organização foi complexa para os agentes, demandando improvisações e adaptações sem a clareza de pertinência e efetividade de resultados.

Para Szabo et al. (2021), nas futuras pandemias, as informações centralizadas e baseadas em evidências podem ser úteis, com comunicação simplificada e consistente. Para tal, recomenda mais investimentos em pesquisas e agilidade nas publicações das evidências científicas.

Salienta-se que o fortalecimento da gestão, assistência e pesquisa em saúde é necessário para um cuidado de qualidade e baseado em evidências atualizadas, uma vez que a área da saúde está em constante evolução e mudança, especialmente em relação à covid-19, no qual as informações se alteravam com intensa frequência inicialmente. Assim sendo, as instituições devem estimular a pesquisa para que os seus profissionais se aprimorem e agreguem conhecimentos às instituições onde trabalham, viabilizando o alcance da qualidade e segurança dos cuidados diretos ou indiretos à clientela (FELICE; FERREIRA; WERNECK, 2021).

#### 4.1.2 Adaptações autônomas dos agentes

A partir do reconhecimento dos desafios impostos pela pandemia, os profissionais participantes procuraram maneiras de superar o desconhecimento e inexperiência com a covid-19, buscando informações por conta própria, junto à sua rede socioprofissional e de serviços. Desse modo, eles passaram a interagir com os demais agentes do sistema para adquirir conhecimentos a partir das experiências implementadas em outros sistemas, o que denota ser o ambiente incerto o impulsionador dos agentes para auto-organização e improvisos.

Os entrevistados explicaram que foram apoiados pelos colegas e trocaram experiências com outros serviços de saúde, estabelecendo conexões com aqueles que possuíam outros empregos e já haviam recebido orientações para enfrentamento da pandemia, possibilitando-os adquirir conhecimentos sobre as práticas adotadas nesses serviços, como explicam a seguir:

Com as dúvidas, procurávamos alguém que entendia [sobre o enfrentamento da covid-19] para poder nos orientar. (Médico E-17)

A gente tinha uma chefe pesquisadora que nos informava sobre as questões voltadas às pesquisas mais recentes. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Aproveitávamos as experiências dos profissionais que trabalhavam com covid-19 em outros empregos para aprendermos sobre como nos comportar. (Enfermeira E-14)

O maior momento de aprendizado foi quando trocávamos informação e conhecimento no estar médico, com colegas experientes que trabalhavam em outro serviço. (Médica E-3)

Com essa busca de informações, os gerentes assistenciais demonstraram a preocupação em adotar uma postura de exemplo para a equipe por meio do acesso de fontes confiáveis e estudo da literatura especializada, a fim de possibilitar a segurança da assistência prestada durante a covid-19:

Como gerente da equipe eu orientava a eles o que eu já tinha lido de fonte confiável, das evidências que estivessem apresentando algo novo. (Enfermeira E-1)

Muito importante que eu estivesse atualizada para estar adequando ao meu serviço e orientando aos meus funcionários. (Enfermeira coordenadora do complexo Obstétrico E-19)

Nós enfermeiros precisávamos estudar para que a nossa postura profissional passasse segurança ao orientar as nossas equipes. (Enfermeira E-11)

Corroborando, na Austrália, as evidências facilitaram a continuidade dos cuidados durante e após a pandemia. A experiência de quem recebe e presta cuidados na vigência de uma crise sanitária fornece conhecimento essencial para gerentes assistenciais e formuladores de políticas (BRADFIELD et al., 20210).

A partir da dificuldade efetiva para gerenciar a assistência durante a covid-19, os gerentes e profissionais realizaram estratégias de busca por conhecimentos e experiências de outros agentes para subsidiar decisões, ações e orientações oferecidas à equipe e à clientela. Isso auxilia no incentivo constante ao desenvolvimento intelectual dos profissionais, pois sugere que, mediante ao caos, é imprescindível estar preparado frente à imprevisibilidade e às situações emergentes. Dessa forma, as decisões, implementação e avaliação das ações emergentes devem ser discutidas pelos agentes do SAC. Nesse momento é necessário o estabelecimento de políticas de comunicação aberta, estimulando a autonomia e responsabilidade entre os agentes para que as atividades sejam avaliadas conjuntamente e, assim, eles possam reconhecer os fatores críticos para abertura de decisões, voltando-se a atenção aos profissionais nesse momento inicial. Acrescenta-se que quanto maior o nível de informação adquirida, maior o nível intelectual do profissional, o que facilita em agregar e propagar conhecimentos, além da tomada de decisões do grupo.

Para que as ações possam ser planejadas, há a necessidade de conhecimento para eficácia das ações, possibilitando aliar o conhecimento comprovado cientificamente com as situações específicas do serviço.

Nesse propósito, poder-se-á implementar ações gerenciais e assistenciais por meio de planejamento do cuidado, previsão e provisão de recursos e da supervisão, liderança e capacitação da equipe (DIAS et al., 2021).

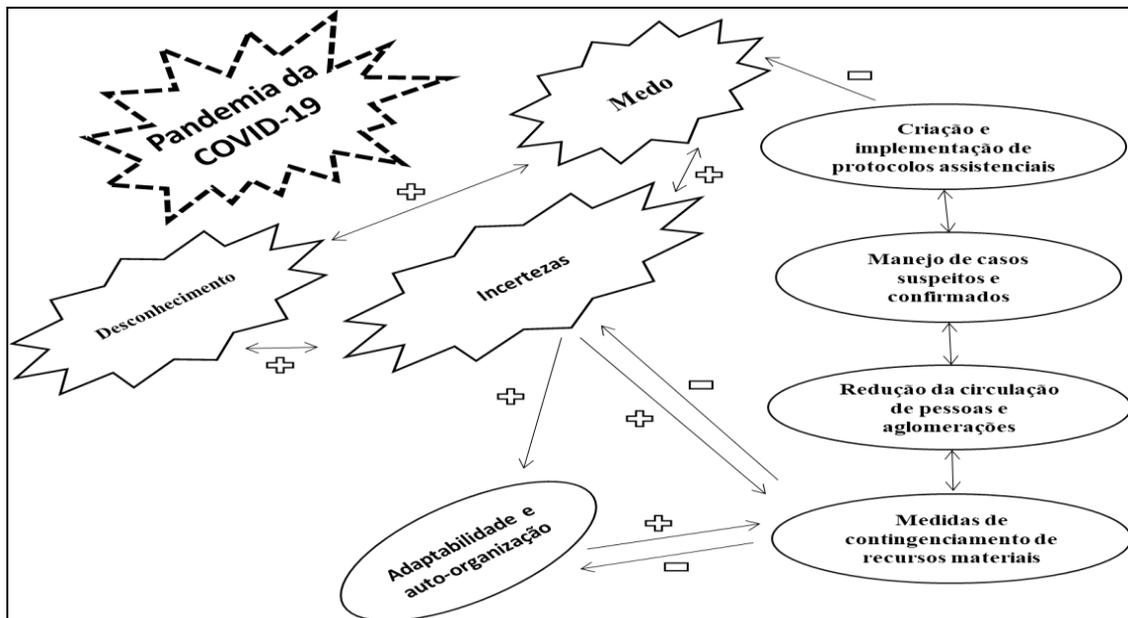
#### **4.2 Estratégias gerenciais no enfrentamento da pandemia**

Nesta categoria emergiram estratégias gerenciais para a conscientização e a adoção de medidas protetivas ao conduzirem as ações a partir das decisões e reorganizações estruturais para o planejamento do serviço.

Em relação ao evidenciado, a composição e organização das unidades de saúde estão definidas formalmente por políticas de saúde que auxiliam no processo, o que foi o

embasamento para a condução dos gerentes assistenciais. A partir das adaptações autônomas iniciadas no advento da pandemia, houve a evolução para uma organização assistencial através da criação de protocolos de acordo com a característica de cada serviço, além de adaptações nos mesmos, conforme as experiências dos profissionais; construção da padronização de procedimentos assistenciais; capacitação das equipes; criação de ambiente privativo para os casos suspeitos e confirmados para controle da disseminação do vírus; medidas para garantir o distanciamento social e reorganização do fluxo de atendimento hospitalar. Conforme demonstrado na figura 5, essas estratégias diminuem o ciclo de desconhecimento-incerteza-medo e as adaptações autônomas dos agentes, demonstrado através das setas e símbolos na imagem.

Figura 5 - Estratégias gerenciais no enfrentamento da covid-19



Fonte: A autora, 2023.

#### 4.2.1 O processo de criação e implementação de protocolos assistenciais

Através de suas atitudes, houve a falta de controle, dispendo-os em aprendizagem para proporcionarem as mudanças necessárias. Dessa forma os gerentes assistenciais foram capacitados pelas secretarias de saúde e passaram a atuar integrados com os profissionais da equipe:

Nós aguardávamos muito pela orientação da secretaria municipal de saúde, a partir da emissão dos boletins epidemiológicos. E aí, a partir desse tempo, cada gerência de serviço de maternidade montou o seu plano de ação diante do que foi passado pela secretaria. Todas as orientações e o manual que balizavam tudo que precisávamos inserir no protocolo de atendimento às mulheres com covid-19, dando importância à nossa realidade para oferecermos as orientações e treinamentos aos profissionais. (Enfermeira coordenadora do complexo obstétrico E-19)

Quando começou a espalhar o covid, nós da direção fomos treinados pela secretaria de saúde, falaram sobre o vírus e as formas de contaminação, com todos os diretores de todas as unidades. E posteriormente fomos recebendo as notas técnicas. (Médica coordenadora assistencial E-18)

Foi o período mais intenso da gestão, para organizar infraestrutura, logística, fluxo e POP. Foram muitas reuniões para pensar em como organizar a instituição [...]. Nós trabalhamos em articulação, com a possibilidade de sermos mais transversais, de não ter essa hierarquização, em que todos são ouvidos, as demandas acolhidas e as informações relevantes sobre a COVID-19 repassadas para quem estava na assistência também. (Enfermeira educadora permanente E-13)

Começamos a pesquisar com a demanda de casos e perdas aumentando. A partir daí foi que começamos a montar o protocolo [...]. As chefias faziam as reuniões aqui no gabinete e elas faziam o direcionamento dos profissionais da assistência direta. (Enfermeira diretora geral E-7)

Percebe-se a manifestação da auto-organização consciente, na qual o ambiente caótico os direcionou a busca compartilhada de planejamentos para melhoria do desempenho da equipe e alcance dos melhores resultados através da criação e implementação de protocolos assistenciais. As instituições precisaram se adequar com apontamentos direcionados à assistência.

Dessa forma, outro fator existente observado foi a capacitação das equipes para se adequarem às mudanças pandêmicas e promoverem uma reconstrução de conhecimento sobre a atuação assistencial nessas situações emergentes. Após a atualização dos gerentes em nível central, os profissionais das unidades foram treinados através de meios virtuais ou presenciais, conforme adequação e disponibilidade dos agentes replicadores das orientações obtidas com a gestão municipal da saúde:

Fazíamos as mudanças mais gerenciais e as chefias dos serviços orientavam os profissionais pelo grupo de [aplicativo virtual] [...] O próprio chefe do setor específico, a CCIH, a educação permanente ou os próprios diaristas dos setores faziam os treinamentos porque dependia da disponibilidade dos profissionais. (Enfermeira educadora permanente E-13)

Houve uma reunião entre a gerência e quem estava na assistência e foi treinando mesmo, fazendo passo a passo da paramentação e desparamentação, em que a enfermeira responsável pela rotina fazia o treinamento com as equipes. (Enfermeira E-12)

Foi nos apresentado pela chefia da enfermagem e a diretora da maternidade mandou vídeos e orientações sobre os cuidados com os EPI's feitos pela CCIH através do [aplicativo de mensagens]. Uma enfermeira gravou um vídeo orientando os cuidados com os EPI's e fomos aprendendo juntos. (Médica E-3)

A nossa enfermeira fez na nossa frente, nós já tínhamos recebido vídeos também, mas ela foi e fez na nossa frente a capacitação sobre a forma correta de se paramentar, como a se desparamentar. (Auxiliar de enfermagem E-2)

O núcleo de segurança do paciente e a CCIH faziam treinamentos nos plantões para não aglomerar no auditório. Aconteceram vários treinamentos, várias vezes, a partir das mudanças que aconteciam. (Médica coordenadora assistencial E-18)

As unidades de saúde devem fornecer capacitação a todos os profissionais de saúde para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos, independentemente do tipo de vínculo laboral. Todos os profissionais de saúde necessitam de treinamentos para o uso correto e seguro dos EPI, inclusive os dispositivos de proteção respiratória como as máscaras cirúrgicas e máscaras N95/PFF2 ou equivalente. O serviço deve se certificar que os seus profissionais de saúde e de apoio foram capacitados e tenham praticado o uso apropriado dos EPI antes de cuidar de um caso suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus. (BRASIL, 2021g)

De acordo com essas orientações, o sistema assistencial tem a responsabilidade de promover políticas, objetivos e planos de ação que devem ser implementados pelos serviços. Assim sendo, primeiramente, houve a capacitação dos gerentes pela gestores da rede de saúde para, posteriormente, os gerentes desenvolverem treinamentos e orientações aos trabalhadores de saúde das maternidades públicas.

Leung et al. (2022) reportou experiências de treinamentos dos profissionais sobre a covid-19 e o controle de prevenção de infecções foram implementadas em sete distritos de Lagos, Nigéria. Essa medida que buscava ampliar o conhecimento e melhorar a preparação e a capacidade desses profissionais para identificar casos de covid-19, além de adaptar as instalações. Os entrevistados avaliaram positivamente esses treinamentos, mas expuseram suas dificuldades relacionadas com restrições de equipamentos de proteção e fraquezas pré-existentes do sistema de saúde local.

Portanto, a busca pela melhoria da qualidade do processo gerencial de cuidados não se limita à elaboração de protocolos ou POP, pois é necessário investir em ações de capacitação da equipe com orientações claras e acessíveis aos trabalhadores envolvidos. A subcategoria revelou o modo hierarquizado das capacitações organizadas pela gestão de saúde, sendo desenvolvidas para as gerências hospitalares e, posteriormente, replicadas para equipes lideradas pelos gerentes.

Destaca-se que a hierarquia deve ser instituída para a organização do sistema e não como relação de poder. Em um SAC, o nível de complexidade pode ser desenvolvido por

meio da flexibilização de regras e hierarquização, pois desse modo facilita a aprendizagem e as mudanças necessárias à evolução do sistema (JONES, 1997).

À luz desse pressuposto, a auto-organização consciente pode ter sido facilitada pela estratégia de capacitação dos gerentes adotada pelos gestores de saúde, uma vez que esses gerentes tiveram que capacitar as suas equipes por meio do compartilhamento da aprendizagem adquirida e da comunicação aberta com as equipes, propiciando a troca de experiência e o diálogo aberto acerca das melhores estratégias para adequar o processo assistencial dos setores e da instituição hospitalar durante a pandemia. O gerenciamento deve ser balizado pela finalidade, realidade, desafios e potencialidades da organização para que promovam a adaptação frente às mudanças necessárias, observando os fatores críticos de todo sistema institucional e investindo na atuação dos seus agentes, através da interação e comunicação facilitadoras da aprendizagem organizacional.

Apesar dessas premissas, as falas dos profissionais destacaram a importância das práticas organizacionais evoluírem para melhor direcionamento de todo o sistema, mas as interações entre os gerentes e os profissionais não tiveram tanto destaque nos depoimentos, sendo manifestas quando os gerentes compartilharam conhecimentos e experiências durante o processo de criação dos protocolos destinados à reorganização do processo assistencial em consequência da covid-19.

Por esse motivo, o estímulo para a atuação integrada dos agentes torna-se importante para formar uma rede de compartilhamentos e retroalimentações, pois esse posicionamento facilita a interação e gera novos conhecimentos para proporcionar condições adequadas e favorecer a conectividade e a interdependência, bem como facilitar atitudes emergentes e auto-organização do sistema (COPPELLI et al., 2016; MITLETON-KELLY, 2003).

Como revelou a presente pesquisa, a situação emergente foi a elaboração de protocolos assistenciais destinados ao enfrentamento da covid-19 nas maternidades. A abordagem ordenada para criar documentos de orientação, claramente nomeados, contribuiu para que os profissionais avaliassem quais informações são mais atualizadas e se o fluxo de cuidados pelos setores da instituição é válido para trabalharem com eficiência e segurança. Além disso, uma vez que as responsabilidades e o fluxo de trabalho são declarados, os gerentes devem realizar treinamento oportuno para a equipe, visando garantir a implementação adequada do mesmo (CROWTHERA et al., 2022; GAO et al., 2020)

Corroborando com essa observação, em uma maternidade de um hospital universitário em Minas Gerais, além das preocupações acerca da proteção individual e implantação de novos fluxos assistenciais, os profissionais evidenciaram que o gerenciamento promoveu

orientações e treinamentos sobre a covid-19 por meio de protocolos institucionais sobre as precauções padrão. Essas iniciativas contribuíram para a segurança da assistência prestada, o fortalecimento do trabalho em equipe e a interação com as mulheres durante a hospitalização, mesmo sob um contexto de pandemia (SIQUEIRA et al., 2022).

Com esse pensamento, tendo em vista a necessidade de medidas protetivas, Szabo et al. (2021) relataram mudanças na prática assistencial com o início da pandemia, sendo reduzidas as reuniões de treinamento presenciais. Em contrapartida, os autores expuseram que os profissionais de saúde foram hábeis no acesso e processamento das informações, assim como lidar com a rápida mudança das informações e orientações.

Nota-se que os treinamentos foram diversificados aos profissionais da linha de frente do enfrentamento da pandemia, tanto presenciais como por via virtual, inclusive por meio de vídeos educacionais, o que viabilizou maior abrangência das orientações sobre a correta paramentação e desparamentação, proporcionando a segurança durante os cuidados tanto para os profissionais quanto para as grávidas, puérperas, bebês e acompanhantes da instituição hospitalar.

Reconhece-se que o mundo está cada vez mais tecnológico e a pandemia da covid-19 aumentou o uso de meios virtuais. Os gerentes dos cuidados das unidades hospitalares da pesquisa também se apropriaram dos recursos de aplicativos virtuais para propagar as informações e orientações aos seus funcionários, visto que a necessidade de distanciamento social prejudicou o treinamento presencial das equipes. A partir do desafio de reduzir o contágio pelo SARS-CoV-2, as plataformas digitais foram utilizadas pelos gerentes como uma ferramenta tecnológica facilitadora para difusão de informações e orientações, corroborando também para ampliar maior adesão dos profissionais acerca das normativas e recomendações da prática de cuidado durante a crise sanitária.

Dessa forma, emergiu uma inovação tecnológica de comunicação e capacitação das equipes que contribuiu para a auto-organização consciente, pois viabilizou aprendizados apesar dos impeditivos de atividades presenciais. Essa experiência de inovação não demanda encontros presenciais e reduziu o tempo e o custeio das capacitações e reuniões das equipes com os gerentes e gestores.

Do mesmo modo, as maternidades da Holanda criaram um grupo em aplicativo de mensagem sobre a covid-19 para manter todos os profissionais atualizados, sendo o mesmo avaliado positivamente pelos profissionais entrevistados por agilizar a comunicação e proporcionar uma sensação de clareza (APPELMAN et al., 2022). Além desses aplicativos destinados aos profissionais, as informações digitais eram divulgadas por meio de

apresentações e vídeos on-line para informar as gestantes holandesas ou elaborar cronogramas de atendimento personalizados, assim como o uso do teleatendimento e teleatendimento para as consultas e orientações (VAN MANEN et al. 2022).

O enfrentamento da pandemia pelos gerentes foi através da realização de treinamento da equipe inicialmente, que contemplou as responsabilidades pelas etapas do cuidado e fluxo de trabalho. Além disso, os gerentes assistenciais devem garantir a implementação adequada do protocolo assistencial, favorecer pesquisas emergenciais, como as medidas eficazes em resposta, capacitar os profissionais a prestarem cuidados de qualidade em tempos de crise e como obter informações sobre o processo assistencial vigente (BELLO, 2021; CROWTHERA et al., 2022; DIOP et al., 2020; GAO; OLUWASOLA et al., 2020; REIS et al., 2020). Além disso, cabe aos gerentes disponibilizar os equipamentos de proteção juntamente com o treinamento apropriado sobre o seu uso, tanto a paramentação e quanto a desparamentação, juntamente com a oferta concomitante de assistência empática (HAMMOUD et al., 2022).

Destaca-se a importância da clareza do processo a ser instituído para que aprendam com os desafios e os êxitos alcançados pelos agentes e, assim, formar redes de equipes fortalecidas. Para tal, Kayiga et al. (2021) frisam que a equipe gerencial deve contar com um membro do comitê de prestação de serviços maternos e neonatais para orientar como os serviços devem ser mantidos durante a pandemia, possibilitando uma assistência centrada em fontes confiáveis e com padronização.

Percebe-se, portanto, que a evolução do processo depende das atitudes dos agentes para se tornarem aptos a reconhecerem as dificuldades e trabalharem com resultados de auto-organização, analisando comportamentos emergentes, a fim de fortalecerem redes de equipes disciplinadas e retroativas. Logo, tem-se a necessidade do comprometimento dos gerentes assistenciais para que promovam o aprendizado e incentivem as equipes a atuarem com percepção crítica através dos planos de ação e, dessa forma, haver uma avaliação da gerência e assistência vigente.

#### 4.2.2 A reorganização do processo assistencial

Percebeu-se que a implementação das mudanças do processo assistencial era necessária para reduzir riscos de contágio, adequar o manejo dos casos suspeitos ou

confirmados, assim como mitigar os efeitos negativos da pandemia sobre a clientela e equipe de saúde. Através disso, os gerentes dos cuidados buscaram consolidar as medidas iniciais para o enfrentamento da covid-19 e padronizar os processos assistenciais conforme as características específicas de cada serviço.

Para a adequação, as unidades aderiram medidas de manejo aos casos suspeitos e confirmados, que incluiu a redução do número de pessoas circulantes nos ambientes da instituição para assegurar o distanciamento social e organização da transferência das pacientes com covid-19 para suporte especializado.

#### 4.2.2.1 Medidas para o manejo de casos suspeitos e confirmados

Após assegurar a agilidade da comunicação e da capacitação da equipe, os agentes se esforçaram para aprender os processos para alcançarem resultados eficazes, denotando o alcance adaptativo, através da auto-organização orientada. Assim sendo, houve a criação de medidas para o manejo de casos suspeitos e confirmados com o intuito de tornarem os fluxos de cuidados efetivos. Nesse momento, buscou-se detectar novos recursos necessários para suprir as exigências impostas pelo ambiente.

Em conformidade, houve a organização dos ambientes privativos nas maternidades pelos gerentes e equipes para adequar o processo assistencial durante a covid-19. Sabe-se que o objetivo dos isolamentos e precauções é prevenir a transmissão de microrganismos a partir de pacientes infectados ou colonizados por estes patógenos para outros pacientes, visitantes e profissionais da saúde, durante toda a assistência prestada: na chegada, na triagem, na espera, no atendimento e na internação (BRASIL, 2021g).

A acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 é baseada na precaução por gotículas ou aerossóis, o que necessita preferencialmente de um quarto privativo com a porta fechada e ser bem ventilado, com ar-condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas. Deve-se reduzir a circulação de pacientes e profissionais ao mínimo possível (BRASIL, 2021g).

Através dessas recomendações, os profissionais entrevistados mencionaram que os gerentes das unidades hospitalares precisaram organizar um ambiente reservado às pacientes adoecidas ou com suspeita de covid-19, envolvendo a reorganização de espaços pré-existent na instituição:

A direção aproveitou a sala de alta na admissão para organizar um isolamento onde as gestantes ficavam. Elas chegavam à unidade, eram atendidas na recepção e dali mesmo as pacientes já eram direcionadas para o isolamento pelo fato de terem falta de ar ou algum outro sintoma gripal. (Auxiliar de enfermagem E-16)

No setor do prédio um, foi separado um isolamento destinado às pacientes com covid-19, elas eram transferidas para esse prédio um. Esse setor só era para gestante com covid-19. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Ficamos com três leitos dentro de uma enfermaria no alojamento conjunto e com um leito no centro obstétrico para essa necessidade [isolamento dos casos], além do centro cirúrgico que organizamos uma sala cirúrgica. (Enfermeira diretora geral E-7)

Aproveitou-se a enfermaria e o boxe do centro obstétrico para fazer o isolamento. Havia a enfermaria para fazer o isolamento e o próprio centro obstétrico com um boxe reservado para essas mulheres que estavam com covid. (Enfermeiro supervisor E-4)

Foi reorganizada uma sala para o isolamento, retiraram o ar-condicionado porque não pode. E essa sala que estão utilizando para atendimento da covid-19, onde ocorria a reunião da visita do Programa Cegonha [Carioca] para as gestantes, que ficou suspensa. (Enfermeira E-15)

Mesmo sendo áreas readaptadas para o uso, deve-se atentar aos requisitos necessários para o quarto privativo em permanecer com a porta fechada, ter a entrada sinalizada com alerta referindo as precauções para gotículas, aerossóis e contato, a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente (BRASIL, 2021g).

Tendo em vista a dificuldade em ser construído um quarto privativo nas unidades, os gerentes adaptaram os ambientes já existentes através da criação de espaços e fluxos específicos para manejar os insumos, distanciar as gestantes e puérperas com síndrome gripal das demais mulheres internadas e, assim, evitar a disseminação do vírus SARS-CoV-2 e prestar os cuidados com segurança, ficando o ambiente exclusivo com os materiais estritamente necessários e o ar-condicionado mantido desligado, como explicam os profissionais a seguir:

Desligaram a saída de ar-condicionado geral das salas de isolamento para não propagarem a contaminação, porque as salas tinham conexões com todo o hospital. (Enfermeira E-14)

Para evitar contaminação foram retirados os insumos e equipamentos de dentro do isolamento e se houvesse necessidade levávamos o necessário. (Enfermeira diretora geral E-7)

A gente esvaziava a sala de isolamento toda e todos os materiais de consumo ficavam do lado de fora do corredor para não os contaminarmos. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Dentro do isolamento da admissão havia somente um sonar, termômetro, oxímetro e aparelho de pressão para utilizarmos e não contaminarmos mais objetos. (Médica E-6)

Sobre a antessala do ambiente privativo, recomenda-se que, imediatamente antes da entrada da área de isolamento, sejam disponibilizadas as condições para higiene das mãos com dispensador de preparação alcoólica a 70%, lavatório com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual, juntamente com o EPI apropriado e o mobiliário para guarda e descarte do mesmo (BRASIL, 2021g).

Com relação ao preparo do ambiente de isolamento das grávidas com suspeita ou positividade para covid-19, as falas dos profissionais esclarecem sobre as adaptações realizadas para o descarte de materiais e equipamentos contaminados:

Para o isolamento, a chefia organizou as caixas próprias para o descarte, uma caixa para transporte de instrumental e EPI com tudo muito bem definido. Usou [o material], colocava-se nessa caixa, fechava-se o saco e o entregava na CME [Central de Material Esterilizado]. (Enfermeira E-12)

A gente organizou um espaço para desprezar o EPI e usávamos caixas plásticas pra poder colocar os óculos, porque os óculos são de uso permanente. Montávamos a suíte e, do lado de fora, fazíamos uma retaguarda preparada com um carrinho para colocar o sujo e outro para colocar o limpo. (Enfermeira coordenadora do complexo obstétrico E-19)

Cabe esclarecer que há medidas de precauções para evitar a transmissão do vírus, como a disposição da área física e a reestruturação dos serviços de saúde, são prioritárias para o estabelecimento da comunicação direta entre a equipe e os gerentes do cuidado, mudanças na organização de trabalho e otimização de insumos, recursos humanos e tecnologias (FERREIRA et al., 2019).

Com o evidenciado, a auto-organização direcionou a atenção da instituição com a modificação de sua rotina assistencial com adaptações necessárias à implementação das medidas de precaução direcionadas à nova demanda de manejo de uma doença altamente transmissível e perigosa para a população obstétrica.

Nessa perspectiva, em hospitais da China e do Irã, ocorreram a criação exitosa de enfermarias para isolamento temporário da clientela, as quais demandaram o recrutamento de profissionais para trabalharem nesses espaços, contando com enfermeiros responsáveis pelos treinamentos e avaliação do uso correto de EPI, assim como a organização dos horários de trabalho (GAO et al., 2020; GHOBADI; POORTAGHI; SHAHMARI, 2021).

Apesar dos benefícios desses espaços, no decorrer da pandemia, os profissionais tiveram dúvidas sobre o manejo assistencial desses ambientes privativos em decorrência das evoluções dos estudos e recomendações sobre a covid-19. A rotina organizacional foi se adaptando às imprevisibilidades conforme eram emitidas as notas técnicas governamentais, nas quais consideravam as particularidades de cada subsistema de cuidados.

Frente a esse processo de auto-organização, emerge a complexidade dessas mudanças constantes pela covid-19 ser desconhecida no início da crise sanitária especialmente. Em constante transição, os participantes expuseram as readequações nos procedimentos de intervenção inicialmente adotados sob a presunção de ser uma medida protetiva para a parturiente e seu filho, como a indicação preferencial da cesariana como via de parto:

No início, a maioria das pacientes internava e ia para o centro cirúrgico, submetida à cesárea, não chegavam a ter parto normal. (Enfermeira E-11)

Era um protocolo que a gente estimulava o nascimento do bebê. Se a mulher estivesse com mais de 28 semanas e desenvolvesse a covid, a orientação era fazer a cesariana, acelerar o parto, interromper e cuidar da mulher e do bebê. (Enfermeira diretora geral E-7)

As dúvidas e o medo profissional eram notórios diante de várias interrogações acerca do processo de adoecimento da covid-19 e do comprometimento fetal. Mesmo com as indicações relatadas na pesquisa, internacionalmente, o parto vaginal foi considerado o modo preferencial, salvo indicação em contrário (CROWTHERA et al., 2022). De acordo com os conselhos americano e inglês de ginecologia e obstetrícia, a cesariana não é indicada para a gestante apenas pela suspeita ou confirmação da covid-19, sendo necessária uma avaliação multidisciplinar, considerando estado geral da paciente, a idade gestacional e a vitalidade fetal. É indicada a antecipação do parto e a realização da cirurgia nos casos de as gestantes evoluírem para quadros graves ou críticos. Em gestantes com boas condições clínicas, sintomas leves e feto com boa vitalidade é recomendável o parto vaginal (ACOG, 2020; RCOG, 2020).

Além das mudanças na organização dos processos e práticas assistenciais na instituição, os profissionais relataram que as maternidades precisaram do suporte de hospitais especializados e destinados para o tratamento de paciente com a covid-19.

Ainda em acordo com a adaptação do sistema, houve a necessidade de prover um adequado manejo da clientela exposta ao SARS-CoV-2 através de recursos tecno-assistenciais em hospitais destinados a essa clientela. Para tal, foi constituído um processo de transferência diferenciado para a realocação das pacientes que demandassem de suporte especializado e de

acordo com o nível de gravidade, como um hospital maternidade de referência para as mulheres adoecidas, mas com quadro clínico com menor gravidade, e com capacidade de oferecer cuidados críticos e especializados:

As gestantes graves eram levadas para a sala amarela, que era um setor de emergência, na qual ficavam sob os cuidados de um [médico] clínico de CTI e em isolamento. (Médica E-3)

Somos uma unidade de baixo risco, não temos clínicos na unidade, elas [as gestantes com covid-19] eram transferidas para o hospital R, que na época era uma grande referência para isso. O motivo pelo qual se solicitava essa transferência era indicado pela gravidade da situação. Essas [pacientes] deveriam ter a prioridade em detrimento das outras e o nosso fluxo era majoritariamente esse hospital. (Médico E-17)

As mulheres que saturavam mal [nível baixo de oxigenação] não ficavam aqui, elas eram transferidas para uma maternidade de referência por meio da vaga zero [prioridade no acesso ao leito hospitalar], onde teriam um suporte melhor para elas. (Enfermeira coordenadora do centro obstétrico E-19)

Depois, começou a ser definido que a mulher grave com covid-19 deveria ser transferida para um hospital geral com maternidade, com o apoio da [sistema de] regulação [de vagas] para fazer essas transferências. O intuito era o cuidado [materno] compartilhado e do bebê intraútero. (Enfermeira diretora geral E-7)

As pacientes do prédio materno-infantil eram transferidas para um prédio destinado aos pacientes com covid-19. No setor das gestantes infectadas, os obstetras iam até lá nesse prédio para passar a visita nelas. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Segundo os fluxos de atendimento das mulheres grávidas durante a pandemia, as maternidades de menor nível de complexidade, para gestantes saudáveis ou classificadas com gravidez risco habitual, ficaram direcionadas para esse perfil de clientela. As maternidades voltadas para o cuidado das gestantes de risco tiveram a atribuição de assistirem as mulheres com suspeita ou confirmação de covid-19, sendo essas indicadas para internação. Em locais que não dispõem de serviço obstétrico e atendimento clínico com UTI deveriam fazer a transferência precoce da paciente sem melhora da saturação de oxigênio para um hospital com esses recursos. O Hospital com estrutura conjunta de clínica médica, serviço obstétrico e neonatal deve prestar assistência às mulheres com covid-19 e indicação de internação em enfermaria ou em UTI, sendo atribuição do sistema de regulação garantir essa transferência (BRASIL, 2021g).

Os profissionais entrevistados relataram que as transferências das pacientes ocorreram sem demora. Importante ressaltar que as transferências ou remoções devem envolver posturas empáticas com as pacientes e seus familiares nesse momento estressante. Nessas transferências, o gerente possui uma função crucial em manejar os conflitos e reduzir riscos,

além de buscar uma comunicação efetiva entre a unidade e a central de regulação para uma remoção em tempo oportuno e com redução de danos às pacientes.

Mostra-se que, apesar das dificuldades estruturais anteriores à pandemia da covid-19, as unidades hospitalares buscaram a adaptação e a promoção de mudanças relacionadas aos padrões locais em atuações e infraestrutura. O compartilhamento assistencial dentro do contexto das especialidades vigentes no processo assistencial apresentou a sua importância nesse nível de organização.

Appelman et al. (2022) consideraram que a criação de hospitais destinados aos casos de covid-19 no início da pandemia, como ocorreu na China e na Índia por exemplo, pode ser uma boa solução por concentrar os cuidados dos pacientes adoecidos nessas instituições, enquanto outras podiam continuar a oferecer cuidados habituais de maternidade. No entanto, destinar hospitais de referência para o atendimento da covid-19 pode ser um desafio, pois é difícil prever quais regiões serão mais afetadas. Além disso, pode ser difícil encontrar profissionais qualificados para esses cuidados especializados, pois sem a devida valorização e incentivo aos treinamentos, espera-se que a maioria dos profissionais prefira trabalhar em seu próprio departamento, acarretando contratações de profissionais despreparados para atender os doentes pela covid-19.

#### 4.2.2.2 Medidas para reduzir a circulação de pessoas, evitar aglomerações e garantir o distanciamento físico

Com a pandemia em curso, houve a implementações de medidas iniciais para a redução da circulação e a garantia do distanciamento social de pessoas em face das poucas evidências, sendo reorganizado o fluxo de atendimento para restringir a movimentação de pessoas dentro das maternidades. Para tal, adotou-se a suspensão dos acompanhantes e visitantes das mulheres internadas nos hospitais, como elucidam os seguintes depoimentos:

No início, elas [mulheres] ficaram sem acompanhantes. Os acompanhantes e as visitas foram suspensos por conta da questão da aglomeração. (Enfermeira E-11)

O acompanhante ficou proibido de entrar no hospital, ninguém mais assistia parto, nem o acompanhante para ficar com ela depois do parto. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Os acompanhantes não ficavam, nem no trabalho de parto, ficavam no lado de fora da sala, somente a paciente permanecia [no setor]. (Médico chefe de equipe E-10)

No acolhimento e classificação de risco, o atendimento ficou um pouco mais restrito, permanecendo somente a paciente. A inserção do acompanhante foi diminuída e o atendimento sem vínculo como era feito anteriormente. Hoje, a gente não faz mais isso. (Enfermeira E-14)

No início, até então, estava vedada a entrada de acompanhante e a visitação às pacientes. (Médico E-17)

Na fase inicial da pandemia da covid-19, muitas instituições impuseram restrições de pessoas nos serviços de saúde, sendo adotadas decisões conflituosas, como a proibição do acompanhante das mulheres, em consequência da crise de saúde pública emergente e da incerteza da intensidade do risco e gravidade causados pelo vírus. (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW, 2021; JOHN; CURRY; CUNNINGHAM-BURLEY, 2021; LALOR et al., 2021; LEIVA, et al., 2021; RENFREW et al., 2020; RIVERA, 2021; SHEIL E MCAULIFFE, 2021).

Nesse contexto, muitas mulheres se sentiram vulneráveis no momento do parto por não contarem com a presença de seus acompanhantes (JOHN; CURRY; CUNNINGHAM-BURLEY, 2021). Em contrapartida, na Holanda e no Reino Unido, durante o trabalho de parto, o parceiro ou outra pessoa de preferência das mulheres poderia estar presente nas maternidades e, em algumas unidades, somente o parceiro, se o mesmo estivesse sem sintomas gripais (APPELMAN et al., 2022; CROWTHERA et al., 2022; MANEM et al., 2021). Além dessa medida, as unidades holandesas interromperam a imersão das mulheres na água durante o trabalho de parto e parto (MANEM et al., 2021).

Importante ressaltar que a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto está respaldada pela lei nº 11.108, de abril de 2005, em todos os serviços brasileiros. Ainda que as atitudes restritivas tenham sido motivadas pela intenção de proteger as mulheres, seus bebês e profissionais, a proibição dos acompanhantes foi considerada uma atitude desrespeitosa aos direitos das mulheres no parto, podendo prejudicar esse momento e predispor à mulher a experiências negativas e agravos obstétricos (LALOR et al., 2021).

Porém, após a implementação de medidas intencionais utilizadas para atingir as metas de organização do cuidado, ao inserir-se na auto-organização guiada, em que o ambiente é altamente dinâmico e os sistemas procuram responder rapidamente às exigências da demanda, faz-se com que a preocupação dos agentes se volte para o fazer muitas vezes ao invés do pensar reflexivo (MORAES; SILVA, 2013).

Além da restrição aos acompanhantes, também foram suspensas as visitas das gestantes à maternidade de referência, que ocorriam anteriormente à pandemia para que elas

pudessem conhecer esse ambiente hospitalar e receber orientações sobre trabalho de parto e sinais de alerta:

A visita [das mulheres inscritas na Rede] Cegonha à maternidade para obtenção das orientações de trabalho de parto e parto tinha cessado. Então, isso prejudicou muito o processo de parturição, porque elas chegavam ansiosas, não tinham como ir para maternidade receberem as orientações e isso atrapalhava muito. (Enfermeira E-11)

A entrevistada refere que a visita das gestantes às suas maternidades de referência foi suspensa em toda rede municipal de saúde durante o auge da pandemia. Essa visita integra as ações recomendadas pela Rede Cegonha e estão incorporadas ao sistema de saúde municipal através do Programa Cegonha Carioca gerido pela SMS-RJ, sendo essa visitação à maternidade comumente denominada como “visita cegonha”. A visita das mulheres à maternidade de referência durante o acompanhamento pré-natal é uma das ações da Rede Cegonha, que foi criada com intento de reduzir a morbimortalidade materno-infantil no Brasil. Com essa intenção, constitui uma prática em que a mulher tem o direito de visitar a maternidade, conhecer a instituição, receber orientações sobre intercorrências na gestação e sinais de trabalho de parto, além de contribuir para evitar a peregrinação das mulheres em busca de atendimento para o parto (BRASIL, 2011).

Os gerentes buscaram para suprir as exigências de detecção precoce ou oportuna da síndrome gripal sugestiva de contágio pelo SARS-CoV-2. A partir de experiências no serviço, as formas da triagem e a classificação de risco passaram a contemplar perguntas sobre a síndrome gripal para rastreio e diagnóstico precoce dos casos suspeitos de covid-19, para manejo oportuno e direcionamento das gestantes identificadas aos setores específicos:

Havia uma triagem anterior ao atendimento médico e, depois, prestávamos a assistência à paciente no isolamento com o EPI adequado. (Médica E-3)

As enfermeiras da [Rede] Cegonha faziam a classificação [de risco] para a detecção de síndrome gripal. Na admissão, havia uma sala reservada para atendimento da paciente com sintomas respiratórios. (Enfermeiro Supervisor E-4)

As recepcionistas perguntavam sobre as queixas gripais e as pacientes passavam pela classificação de risco da [Rede] Cegonha para serem direcionadas ao atendimento médico ou subirem direto ao centro obstétrico. (Enfermeira diretora geral E-7)

Da admissão, eu ligo para o setor e comunico que uma paciente com covid irá subir, para que [os profissionais] organizem o leito. Eu e o maqueiro paramentados a levamos direto para o isolamento. (Enfermeira E-15)

Após a comunicação, a paciente internava e subia para o isolamento no centro obstétrico ou em um quarto do andar. Ela ia comigo e o maqueiro paramentados, porque lá já havia um ambiente só para elas. (Auxiliar de enfermagem E-16)

O manual ministerial acerca da assistência à gestante e puérpera na covid-19 recomenda que, quando a gestante busca o pronto-atendimento, ela deve ser triada inicialmente pela admissão ou pelos profissionais da recepção, passando pelo acolhimento com classificação de risco preferencialmente, atuando como mais de uma barreira para evitar a transmissão intra-hospitalar. Dessa forma, medidas de precaução por contato, gotículas e aerossóis devem ser instituídas e os cuidados com as gestantes devem ser rigorosos e contínuos, independente do histórico clínico das pacientes. A identificação precoce da gravidade da doença em gestantes ou puérperas possibilita o início imediato de medidas adequadas, como tratamento de suporte, encaminhamento e admissão rápidos em leito de enfermaria hospitalar ou unidade de terapia intensiva, de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais (BRASIL, 2021f)

Além dessa adaptação do atendimento do setor da admissão e classificação de risco, também ocorreu a reorganização do fluxo de pessoas em espaços de utilização coletiva para restringir a aglomeração de pessoas, como a redução do número de mulheres que utilizavam o banheiro nos setores das maternidades e a separação dos lugares e estabelecimento de turnos de horários de utilização do refeitório pelos trabalhadores e acompanhantes. Essas modificações nas normativas institucionais exigiram que as equipes realizassem orientações contínuas às equipes e à clientela:

Evitamos o número de parturientes dentro do banheiro durante o banho de aspersão para não aglomerar. (Enfermeira E11)

Precisamos nos adaptar e separar os lugares e os horários de almoço para não aglomerar. (Enfermeira educadora permanente E-13)

Os acompanhantes eram orientados, a paciente já internava com a orientação fornecida durante a classificação [de risco] na admissão. Na enfermaria, as orientações aos acompanhantes eram realizadas. (Médico E-17)

O profissional da enfermagem orientava à família sobre os cuidados e o uso contínuo da máscara antes de subir para a internação [...] Mas, aqui, a gente orientava aos acompanhantes sobre o uso da máscara, que o toque [com as mãos] deveria ser evitado e o álcool [a 70%] deveria ser usado. (Enfermeira coordenadora do centro obstétrico E-19)

Todos os profissionais que passavam na enfermaria para fazer algum tipo de trabalho orientavam sobre os cuidados. (Médica coordenadora do complexo obstétrica E-18)

“Todos os profissionais faziam as orientações quanto ao comportamento no serviço, que incluía a informação específica sobre COVID-19.” (Médica E-3)

A nota técnica atualizada da ANVISA (BRASIL, 2021g) aos serviços de saúde reforçou a importância das orientações aos pacientes e dos seus acompanhantes sobre o uso da máscara cirúrgica durante toda a permanência na unidade de saúde, não devendo tocar a parte da frente da máscara após ser colocada na face e estas devem ser trocadas sempre que estiverem sujas ou úmidas; se tossir ou espirrar, o nariz e a boca devem ser cobertos com cotovelo flexionado ou lenço de papel; evitar tocar mucosas dos olhos, nariz e boca; realizar a higiene das mãos com água e sabonete ou preparação alcoólica.

Na Austrália, verificou-se que as mulheres e seus acompanhantes receberam menos orientações claras e oportunas durante a pandemia em comparação com os profissionais de saúde. Nesta presente pesquisa, os profissionais entrevistados relataram que as mulheres e seus familiares foram orientados a adotarem comportamento preventivo durante a internação, mas indica-se a avaliação dessas orientações quanto à sua efetividade e para o diagnóstico das defasagens, a fim de subsidiar o redirecionamento das mesmas pelas equipes responsáveis e sobre as formas de abordagens com credibilidade (BRADFIELD et al., 2021).

E para o cuidado dessa clientela com suspeita ou confirmação de covid-19, como estratégia, foram organizadas escalas de trabalho dos profissionais no ambiente privativo, com intento de limitar o número de profissionais expostos, estabelecer um rodízio entre eles e reduzir a demanda diária conjuntos completos de EPI. Na medida em que aconteciam as mudanças emergentes, as equipes também se auto-organizavam na assistência das pacientes sintomáticas respiratórias, como manifestaram nos seguintes depoimentos:

Nós chegávamos a um acordo de ter uma escala de quem entraria no isolamento, e seria quem já teve o contato com o vírus. (Enfermeira E-14)

Havia uma escala pré-definida, cada plantão teria uma enfermeira residente e um técnico escalados. Nós percebemos que essa programação gerou menos ansiedade [na equipe]. (Enfermeira E-12)

Algumas equipes fizeram um rodízio de quem entraria no isolamento em cada plantão, para que todos entrassem e ficassem mais calmos quando acontecesse essa situação. (Enfermeira coordenadora do complexo obstétrico E-19)

Essas falas apontam uma postura de flexibilidade dos gerentes ao perceberem a importância das equipes em se auto-organizarem nas escalas diárias de trabalho e, assim, minimizar a ansiedade das mesmas neste momento pandêmico. Ao encontro desse resultado,

em situações críticas, a empatia entre grupos e o trabalho em equipe podem resolver muitos problemas (HANTOUSHZADE et al., 2021).

Isso demonstra a articulação auto organizativa do sistema, cuja vivência em processo crítico e caótico fez com que os agentes estabelecessem uma dinâmica adaptativa do ambiente assistencial para o desenvolvimento seguro dos cuidados obstétricos e de proteção das mulheres, seus bebês e acompanhantes da covid-19, assim como dos trabalhadores de saúde.

Diante desse contexto, observa-se a importância da consolidação de padrões, indo ao encontro da perspectiva organizacional do sistema que evolui para uma auto-organização guiada em que elucidam oportunidades de enfrentamento aos desafios impostos ao processo assistencial das maternidades na resolução de problemas. Isso evidencia a necessidade de envolver os agentes com a utilização do aprimoramento através de suas percepções e monitorar o desempenho da equipe em relação aos objetivos propostos.

#### 4.2.2.3 Medidas para lidar com o contingenciamento de recursos materiais

Ao longo do processo pandêmico, ocorreram dificuldades relacionadas aos insumos necessários para assegurar o cuidado qualificado e seguro. Devido ao aumento substancial da demanda de recursos e equipamentos de proteção no início da pandemia, juntamente com a oferta reprimida dos mesmos tanto em âmbito nacional quanto internacional, os gerentes precisaram de respostas ágeis para o enfrentamento da crise sanitária e prover insumos necessários à segurança do processo assistencial.

Como resposta aos poucos testes disponíveis, estes ficaram restritos aos pacientes graves, aumentando drasticamente a disseminação da covid-19 na população em geral. Como os insumos do laboratório para diagnóstico eram escassos, apenas aqueles que se enquadrassem nos casos tipificados eram testados (HENRIQUES, VASCONCELOS, 2020).

Frente a essa priorização pela gravidade dos sintomas pelos gestores públicos, as maternidades destinadas ao atendimento das mulheres de baixo risco ou risco habitual não dispunham do teste confirmatório de covid-19, como explica a enfermeira:

Não havia teste disponível. As pacientes chegavam e ficavam com a suspeita, não tínhamos nem o insumo para fazer o teste e como fechar o diagnóstico. No início, não tinha mesmo. (Enfermeira diretora geral E-7)

Para a detecção da covid-19, o RT-PCR para o SARS-CoV-2 é o padrão de referência para o diagnóstico, sendo indicado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021). Dependendo dos recursos disponíveis no país, os resultados poderiam levar de 24 horas e até após 72 horas para serem obtidos e, por conseguinte, muitas mulheres em trabalho de parto não eram testadas para covid-19 ou o resultado imediato do teste não estava disponível. Enquanto o Brasil não disponibilizava a vacinação da clientela obstétrica, até março de 2021, a ausência de testagem colocava as mulheres, acompanhante e profissionais em risco de exposição e adoecimento pelo SARS-CoV-2 (KAYIGA et al., 2021; LEUNG et al., 2022; NALUMANSI et al., 2020).

Essa carência de testes confirmatórios destacou a importância do cuidado protetivo e organizado com EPI, pois todos os que circulavam pelo ambiente institucional poderiam ser agentes de disseminação do SARS-CoV-2. Sobre uso de EPI, a ANVISA recomenda: máscara cirúrgica para evitar a contaminação do nariz e boca do profissional por gotículas respiratórias; máscara de proteção respiratória do tipo N-95/PFF2 ou equivalente, em procedimentos com risco de geração de aerossóis e nos pacientes suspeitos ou confirmados com a infecção; luvas de procedimentos não cirúrgicas quando há em qualquer contato com o paciente ou do seu entorno; óculos de proteção ou protetores faciais de uso exclusivo quando há risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais, excreções e demais fluidos; capote ou avental com gramatura mínima de 30g/m<sup>2</sup> para o uso na assistência ao paciente suspeito ou confirmado, com mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior e, por fim, o uso do gorro para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais em procedimentos que podem gerar aerossóis (BRASIL, 2021g).

Apesar dessas recomendações para a assistência às pacientes suspeitas ou confirmadas de infecção pelo SARS-CoV-2, os entrevistados relataram haver um quantitativo limitado dos equipamentos de proteção nas maternidades e precisaram criar estratégias para dispensação e utilização racional:

Durante a pandemia, precisamos trabalhar muito a questão dos insumos e foi um desgaste muito grande para a direção. Antes, por exemplo, usávamos muito pouco a máscara PFF2 na unidade. O meu estoque que era de 50 unidades. Então, passamos a demandar mais quantidade. (Enfermeira diretora geral E-7)

Tivemos muita dificuldade com o quantitativo de EPI e precisamos criar normas sobre como usar e quando não usar [...]. As unidades trocavam entre elas equipamentos de proteção individual. Para não precisarmos comprar, trocávamos, uma unidade cedia para outra. (Médica coordenadora assistencial E-18)

A CCIH teve a ideia de montar kits [de EPI] com capote, máscara facial, gorro, óculos individuais e máscara PFF2 que utilizávamos nos casos confirmados de covid-19. (Enfermeira E-14)

Tinha um kit [de EPI] com tudo separado direitinho, com capote, luvas, óculos, touca. (Médico chefe de equipe E-10)

Portanto, as experiências vivenciadas pelos participantes explicitam a notória dificuldade de estoque de EPI nas unidades relacionadas ao estudo. Frente a essas dificuldades, os gerentes adotaram estratégias de provisão compartilhada entre as unidades da rede assistencial para a disponibilizar EPI para a equipe de sua instituição, evitando dessa forma a falta desses equipamentos aos envolvidos.

Posteriormente, foram disponibilizados os testes rápidos para diagnóstico da covid-19. Esses testes são de execução facilitada e podem ser usados no local de atendimento ou próximo dele, sem a necessidade de infraestrutura laboratorial ou equipamentos de elevado custo. Nas mulheres, o teste poderia ser feito em qualquer momento do ciclo gravídico-puerperal, sendo realizado através da coleta de *swab* da nasofaringe isoladamente ou combinada com o da orofaringe, entre o 3º e 7º dia após o início dos sintomas de preferência (BRASIL, 2021g).

Dessa forma, para evitar a falta de testes nas unidades houve a auto-organização do sistema para assegurar a detecção oportuna da covid-19 na clientela obstétrica. Os gerentes do processo assistencial passaram a priorizar a realização dos testes para as mulheres sintomáticas, como explicam os seguintes depoimentos:

Depois começamos a receber os testes de *swab* da atenção primária. Quem tinha queixa de síndrome gripal era testada na admissão ou na internação. (Enfermeira diretora geral E-7)

Depois que o teste foi liberado, todas as mulheres que vinham com síndrome gripal faziam o teste antes de serem internadas. (Auxiliar de enfermagem E-9)

Quando o teste rápido foi liberado, o médico começou a colher nos casos de síndromes gripais e quando internava a paciente. (Auxiliar de enfermagem E-16)

Em andamento com a adaptabilidade do processo organizacional das unidades, nota-se a reorganização dos serviços pela imprevisibilidade no SAC, a pandemia provocou a estratégias gerenciais de provisão e liberação dos EPI para as equipes, juntamente com os testes rápidos para a clientela.

Observa-se, assim, que auto-organização orientada quantitativamente foi empreendida, pois através de avaliações estatísticas inseridas da organização na pandemia possibilitou a

coevolução do sistema para se organizar alternativamente, contingenciando os recursos e materiais disponíveis. Desse modo, o direcionamento da atenção esteve voltado para a unidade e sua disponibilidade para transformações no SAC, no qual os gerentes atuaram em estender a rede de relacionamentos e estabelecerem parcerias internas e externas, com o intento da assistência oferecida estivesse de acordo com o preconizado nas normativas da saúde frente à covid-19 (SILVA; MORAES, 2013).

Com os testes rápidos e a reorganização do uso dos EPI, houve o entendimento de que as ações dos agentes eram aplicadas para organização da porta de entrada das mulheres nas maternidades e segurança dos agentes no ambiente assistencial. O contingenciamento dos EPIs possibilitou o uso racional dos mesmos em razão de sua priorização para os hospitais de referência para os casos de covid-19.

Nessa fase, para não interferir negativamente, observa-se a importância dos gerentes e profissionais assistenciais estarem flexíveis e atentos aos novos desafios, para coevolúem e absorverem a experiência em novas oportunidades de mudanças necessárias às interações internas e externas.

#### 4.2.3 O acompanhamento do processo assistencial

Durante a auto-organização do sistema em meio ao processo caótico vivido, os gerentes reconheceram o papel de direcionamento das equipes para lidar com as demandas do processo assistencial. Nesse momento, os fluxos assistenciais e normas de uso dos equipamentos possibilitaram a organização de suas atividades na instituição e o manejo do medo de se infectarem:

Nós fazíamos a própria assistência direta à gestante quando fosse realmente necessário, além de gerenciar todo o trâmite que seria feito lá dentro, durante os procedimentos e a permanência dela [da gestante em isolamento]. Às vezes, no auge [da covid-19], não tinha muito EPI e esse ficava separado para o [técnico] circulante, o obstetra e o pediatra. Então, mesmo quando não tinha uma função assistencial direta, ficávamos gerenciando todo aquele trâmite. (Enfermeira E-1)

O meu papel é de articuladora do processo de organização da unidade. Então, geralmente, eu percorria muito a unidade para ver como os profissionais estavam organizados, avaliados POP's nos setores e viam os fluxos, como as pessoas estavam entendendo aquilo o que estava escrito. Os profissionais entravam em contato com a chefia do setor e ela falava comigo. Aí, eu tinha esse canal [de comunicação] para informar as direções. (Enfermeira educadora permanente E-13)

Eu me vejo como uma pessoa que tem o papel de direcionar os cuidados [...], muitos [profissionais] traziam a informação e eu precisava separar o que era e o que não era possível adequar ao protocolo. (Enfermeira coordenadora do complexo obstétrico E-19)

Como enfermeira líder, eu tentei manejar o medo da minha equipe para não favorecer a transmissão [do vírus], organizando quem ficaria dentro do isolamento e quem ficaria fora auxiliando. (Enfermeira E-12)

A gerência assistencial envolve o conjunto de processos que visa atingir os objetivos e metas estabelecidas de forma eficiente e eficaz. Ela é a união de serviços interligados, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação que se estabelecem entre eles. (BERNARDINO et al., 2021).

Quanto à gerência do cuidado de enfermagem, Christovam, Porto e Oliveira (2012, p. 739) discorrem sobre a dialética entre o administrar e o cuidar, mas não no sentido de uma dicotomia entre esses objetos. A dialética entre os termos administrar e cuidar possui o sentido de identificação dos significados fundamentais dos dois termos e as múltiplas e, por vezes, díspares relações que são estabelecidas entre ambos.

Assim sendo, o conceito de gerência do cuidado não é cindido em duas partes, mas constituído por unidade de significados, sendo que ambos se opõem e, ao mesmo tempo, aproximam-se e se complementam.

Nessa perspectiva, sabe-se que a população, gestores, gerentes e profissionais nunca enfrentaram uma crise sanitária com tal magnitude e abrangência como a pandemia da covid-19, causando o caos organizacional no sistema e crise no sistema de cuidados. No entanto, os gerentes do processo assistencial foram pouco participativos na assistência direta às gestantes e puérperas.

Esses profissionais precisam ser presentes e fazerem parte da equipe, exercendo o papel de habilitá-los a auto-organização, de modo a atuarem como agentes autônomos e autodisciplinados. Os gerentes atuaram na organização dos protocolos e fluxos assistenciais ao longo do processo pandêmico principalmente.

A padronização do cuidado auxilia para evitar erros na assistência e melhoria dos resultados obtidos e satisfação da clientela. No entanto, com as mudanças constantes nas recomendações, ocasionadas por uma doença infecciosa até então desconhecida, os gerentes se dedicaram as adaptações necessárias ao processo assistencial:

Nós fomos criando os fluxos com o núcleo de segurança do paciente e as rotinas, em constante mudança, na medida em que precisávamos. (Médica coordenadora assistencial E-18)

A chefia passava o fluxo semanalmente no começo, quando constantemente os protocolos mudavam. Depois, foi mensalmente até organizar [a sua versão definitiva]. (Enfermeira E-14)

Antes eram reuniões mensais, e passamos a ter encontros mais semanais com os gestores, para organizar e pensar o que nós iríamos fazer. (Enfermeira educadora permanente E-13)

Frente a imprevisibilidade causada pelas mudanças recorrentes nas recomendações no início da pandemia, houve a retroalimentação do sistema para que houvesse um clima de confiança no processo assistencial da maternidade, tanto para as pacientes quanto para as equipes.

Em razão disso, situações caóticas afloraram no planejamento e organização da assistência, que afetaram a gerência e os profissionais de saúde. Em meio às alterações sucessivas provenientes de novos conhecimentos sobre a covid-19, criaram-se possibilidades de ações emergentes junto à auto-organização para o surgimento de novas práticas mais efetivas, a partir de relacionamentos e formas de organização do processo de trabalho. (CHEN et al., 2020; LIMA et al., 2021; MITLETON-KELLY, 2003; MORORÓ et al., 2017;).

Nessas novas ações emergentes mostra-se a capacidade consciente de autopoiese, houve o reconhecimento que não foi completamente apta, mas desenvolveu uma rede de comportamento consciente para aumentar a sua aptidão, evidenciando a importância da aprendizagem contínua, sendo inovador em seus experimentos assistenciais para reformulações necessárias.

Nessa direção, a imprevisibilidade possibilitou a adaptação e auto-organização de modo não-linear do sistema de hospitais maternidades e que os agentes estabelecessem inter-relacionamentos e *feedback*. Logo, o estudo revelou que os gerentes e profissionais desses hospitais demonstraram a capacidade de se ajustar frente à emergência sanitária da covid-19.

Nessa perspectiva, demonstrou-se que estratégias de organização do sistema foram desenvolvidas a partir da adaptabilidade no SAC, no qual as experiências vivenciadas na pandemia corroboraram para manter a flexibilidade e favorecer mudanças provenientes do cenário interno e externo.

Além disso, a retroalimentação e adaptabilidade do sistema pode ser demonstrada na revisão das condutas iniciais de proibição da presença do acompanhante e a reversão das mesmas, quando houve a divulgação das recomendações ministeriais que reafirmaram o dever de os serviços garantirem esse direito às gestantes durante a pandemia, sendo o mesmo previsto em lei (BRASIL, 2021h).

Desse modo, as normativas institucionais foram reorganizadas para garantir esse direito legal com as devidas precauções necessárias:

[...] Depois, durante a internação, os acompanhantes podiam entrar, mas não podiam trocar de acompanhante. (Enfermeira E-5)

A gente limitou [o número de acompanhantes], era um por pessoa do início ao fim e, de preferência, o mesmo acompanhante. Não podia haver troca. (Enfermeira E-12)

A troca de acompanhante mudou para a cada vinte e quatro horas e continuaram suspensas as visitas. (Médica coordenadora assistencial E-18)

Com a publicação da Resolução SMS-RJ nº 4918, de 14 de maio de 2021, as medidas e ações para a retomada das visitas aos pacientes internados foram estabelecidas, mas limitadas aos que tivessem completado o esquema vacinal para covid-19 da segunda dose há 14 dias.

Com esse critério, as mulheres internadas em hospitais passaram a receber visitas, sendo responsabilidade de cada hospital se organizar, mas com obrigatoriedade do uso de máscara e higienização das mãos na tentativa de organizar a entrada do acompanhante e da visita (BRASIL, 2021h).

Os participantes explicaram as seguintes mudanças causadas pela ampliação da cobertura vacinal:

Depois de vacinação, agora é solicitado o comprovante da vacina para o acompanhante. O acompanhante passa pela recepção, mostra o documento de identidade e o comprovante de vacinação e assina a internação. (Enfermeira E-1)

Agora acompanhante entra, mas somente entra para ficar com a gestante com o comprovante de vacinação. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Após a vacinação, tanto os funcionários, visitantes, como quem vai acompanhar a paciente precisa da terceira dose da vacina contra a covid. (Enfermeira E-5)

Vale lembrar que a vacinação contra a covid-19 também é obrigatória para todos os servidores e empregados públicos municipais, assim como para os prestadores de serviços contratados através do Decreto nº 49.286, de 17 de agosto de 2021.

A vacinação é uma medida eficaz para o controle da doença e contribuiu para a segurança das mulheres nos ambientes hospitalares, possibilitando a reorganização da visitação e garantia dos direitos das mulheres (BRASIL, 2021c; RASMUSSEN, 2021; SHELER, 2021).

Com a imunização, a visita das gestantes à maternidade de referência foi retomada, assim como as orientações oferecidas às gestantes e familiares sobre o momento do trabalho de parto e busca de atendimento na maternidade:

Após a vacina, estamos voltando com a visita [programada da Rede] Cegonha e com as orientações. Na visita, a gente fala sobre o acolhimento, sinais de alerta, sobre o fluxo dessa paciente [na maternidade], orientações acerca do parto e informações gestacionais para elas entenderem para onde precisam ir. No início da pandemia, elas estavam muito perdidas sobre isso. Sem a visita, isso era observado durante a classificação de risco. (Enfermeira E-14)

Destaca-se que a visita programada do Programa Cegonha Carioca à maternidade de referência é uma estratégia destinada à diminuição da mortalidade materna e perinatal, com orientações centradas no trabalho de parto, parto e o momento oportuno de buscar a maternidade para o parto e situações de intercorrências.

Com o retorno da visitação às maternidades, as mulheres e seus familiares passaram a conhecer o ambiente institucional e isso pode ser um fator contribuinte para a clientela se sentir mais receptiva às orientações e confiante no momento do parto.

Sob o contexto caótico, através das atitudes dos gerentes e demais profissionais, apresentou-se a importância da flexibilidade frente aos desafios enfrentados na organização do processo assistencial, assim como a abertura para a aprendizagem num sistema com possibilidades de mudanças organizacionais.

Identificou-se a necessidade de sensibilização sobre os profissionais fazerem parte da organização da unidade e o entendimento de atuação de forma emergente em adaptações internas para promoverem a melhoria do desenvolvimento de todo o processo relativo a essas circunstâncias.

Com isso, há a necessidade de incentivos de conexões assistenciais, através das quais entendam a transversalidade de um SAC, com medidas de compartilhamento de decisões que flexibilizem as regras e a hierarquia, através da organização internamente gerada, em detrimento da regulação atribuída para intervirem no cuidado em que não se prendam em atuações fixas.

#### **4.3 Desafios e potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar durante a pandemia da covid-19**

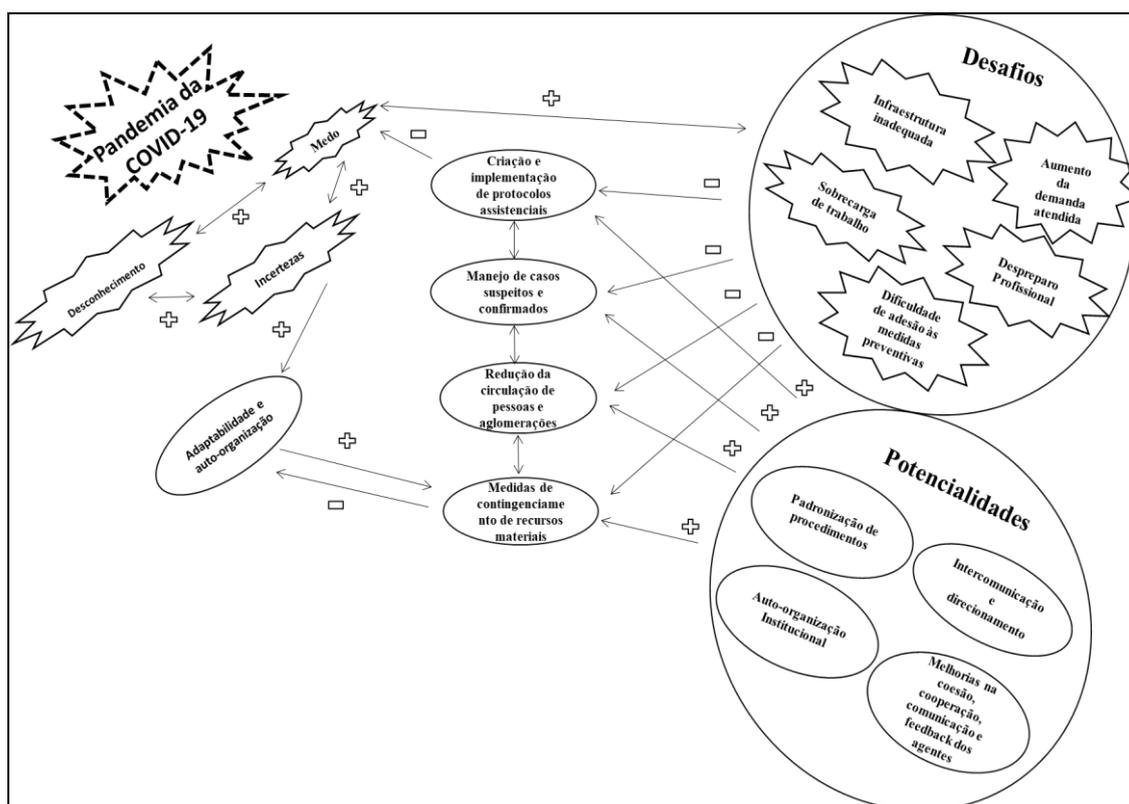
Nesta categoria, os participantes expuseram os seus desafios durante o processo assistencial na pandemia, como a sobrecarga de trabalho, racionamento de EPI, demora na

obtenção da testagem para o vírus da covid-19, a inadequação do espaço físico, despreparo profissional, aumento da demanda assistencial e fragilidades na adesão ao comportamento preventivo.

Com esses desafios, emanaram as potencialidades de organização do processo assistencial através da padronização de procedimentos, organização dos ambientes privados, a intercomunicação e direcionamento das equipes, e a inserção da vacina contra a covid-19 nesse contexto.

Como apresentado na figura 6, os desafios dificultam as estratégias utilizadas para a mitigação da pandemia (demonstrado pelo símbolo negativo) e aumentam o ciclo desconhecimento-medo-incertezas (símbolo positivo), mas as potencialidades auxiliam positivamente ao processo, demonstrado pelos símbolos positivos através dos fluxos das setas direcionadas às estratégias utilizadas.

Figura 6- Influências da pandemia da covid-19 no processo assistencial hospitalar



Fonte: A autora, 2023.

#### 4.3.1 Desafios do gerenciamento assistencial hospitalar

Os entrevistados expuseram as dificuldades e fragilidades organizacionais frente à pandemia, como a sobrecarga de trabalho no início da pandemia pelos afastamentos dos profissionais por comorbidades e licenças pelo adoecimento com a covid-19, além do acúmulo de funções e atribuições que competiam a outros profissionais:

No início, foram muitas licenças por covid-19 e pelas comorbidade. A nossa equipe ficou muito defasada e trabalhamos em número bem reduzido [...]. Com a intenção de economizar kits de paramentação, nós da enfermagem éramos sobrecarregados, acumulando funções, pois eu tinha que fazer também o papel do técnico de laboratório por exemplo. (Enfermeira E-5)

A equipe de enfermagem ficou com grande defasagem pelos profissionais doentes. Então, o colega ficou mais sobrecarregado e cansado para não prejudicar a assistência. Nós tivemos um acúmulo de funções, em fazer o trabalho do técnico de laboratório e do profissional da limpeza, como tirar o lixo e levar a alimentação, tudo isso para economizar o EPI. (Auxiliar de enfermagem E-9)

Para não haver muitos desfalques na escala pelas licenças, a nossa carga horária de trabalho aumentou pelo desfalque de funcionários com covid-19. (Médica E-3)

Com o acúmulo de funções, o profissional ficou vulnerável no trabalho, podendo ocasionar desatenção pelas tarefas excessivas permeadas com medidas de precaução. Essa realidade pode ter fragilizado a segurança dos cuidados maternos, que já vinha sendo objeto de críticas antes da pandemia. Dentre as dificuldades, o quantitativo reduzido de pessoal pode ter contribuído para esgotamento dos profissionais pelo adoecimento e falta de reposição de trabalhadores:

Tivemos dificuldade em conseguir profissionais para reposição de RH [recursos humanos], as contratações não conseguiam suprir os déficits e, por várias vezes, eu tive que cobrir esses furos [na escala de pessoal]. (Médica coordenadora assistencial E-18)

As pessoas adoeciam por covid-19, muitos eram afastados e trabalhávamos ao extremo com um quantitativo cada vez menor [...]. Nós recebemos médicos [contratados], mas enfermeiros e técnicos [de enfermagem] não, mesmo aumentando a demanda de parto e cesariana. Então, o RH era muito insuficiente para a demanda de atendimento que tínhamos. (Enfermeiro supervisor E-4)

Foram chegando alguns profissionais contratados emergencialmente, mas não amenizou muito o desfalque porque as pessoas também adoeceram. (Enfermeira E-15)

O esgotamento e o desgaste dos profissionais ocasionaram insatisfação na equipe assistencial durante a pandemia. Na enfermagem, esses sentimentos decorreram também da necessidade de exercerem funções de outros profissionais, como a coleta de exames laboratoriais, limpeza do ambiente privativo e oferecimento da alimentação. Segundo Semaan et al. (2020), cerca de 90% das equipes das maternidades em todo o mundo se sentiram mais estressadas no início da pandemia de covid-19. Os principais estressores foram a alta carga de trabalho, exigência de rápida adaptação assistencial e recursos inadequados (LEUNG et al., 2022; SEMAAN et al., 2020).

Durante o surto da doença, muitos profissionais contraíram o SARS-CoV-2 devido à exposição ao vírus, reduzindo o número de funcionários por plantão e, simultaneamente, aumento das responsabilidades no trabalho que outrora era exercida por outros funcionários. Com isso, a pandemia também ocasionou a sobreposição de papéis e responsabilidades para as equipes, o que, por sua vez, aumentou a carga de trabalho, fadiga e esgotamento. (BRADFIELD et al., 2021; HANTOUSHADE et al., 2021)

Ao analisar as falas, em um cenário com recursos limitados, houve a necessidade de um planejamento estratégico para mitigar os efeitos negativos do colapso do sistema de saúde, pois o estresse no trabalho durante a covid-19 e a falta de estratégias motivacionais no ambiente laboral aumentam o esgotamento dos trabalhadores da saúde. Essa problemática somou-se à escassez de pessoal qualificado e treinado para prestar os cuidados às pacientes adoecidas pela covid-19 e promover medidas protetivas à exposição ao vírus. Tal cenário decorreu também dos contratos emergenciais provisórios que ocasionaram equipes com pouca capacitação técnica (CHENEY, 2020; SOUZA et al., 2020).

Para minimizar o esgotamento e insatisfação das equipes, os gerentes podem desempenhar um papel importante na redução do desgaste dos funcionários, como visitas aos setores, reuniões, pesquisas e busca ativa dos trabalhadores afetados para aumentar o inter-relacionamento da equipe. Além disso, atuar na organização das instalações e recursos, promover a distribuição justa de tarefas e recursos, assim como melhorar as práticas de controle de infecção com agilidade (HANTOUSHZADE et al., 2021; KAYIGA et al., 2021).

Sabe-se que as insatisfações dos trabalhadores de saúde podem prejudicar a qualidade e segurança assistencial. Esse problema pode acentuar mais os efeitos negativos da crise sanitária da covid-19, requerendo atenção diligente dos gerentes para perceberem essa problemática e elaborarem estratégias inter-relacionamento, retroalimentações e auto-organização do sistema.

Apesar dessas premissas, em meio à dificuldade de pessoal, os participantes esclareceram que a mudança na gerência institucional dificultou a comunicação das equipes. Eles expuseram que houve mudança dos gerentes e ausência dessa liderança nos seus setores durante a pandemia, prejudicando a padronização de procedimentos das equipes e a comunicação entre eles e as chefias:

Houve muitas mudanças de gerenciamento na unidade durante a pandemia e ficamos sem gerente no centro obstétrico, ficando confuso, um caos, e cada equipe atuou de uma forma. (Enfermeira E-1)

Durante a pandemia mudou a direção. Com a direção anterior conversávamos mais. Com a atual, temos menos contato, o que dificulta a assistência, porque cada equipe trabalha de um jeito diferente e sem coesão. (Auxiliar de enfermagem E-2)

[Na maternidade X] não tenho mais a facilidade de me comunicar com a gerência, pois ela saiu da unidade e não ficou alguém que pudesse resolver. E agora, me comunico com a supervisora, mas isso dificulta muito a tomada de decisão única pelas equipes. (Enfermeira E-5)

O vínculo com as equipes interfere na organização dos sistemas, como a comunicação, interação e resolutividade. Um SAC auto-organiza o ambiente a que pertence, através das atitudes e práticas envolvidas. O gerenciamento da assistência é um processo de relações, retroações e interações entre os envolvidos em vários níveis do cuidado (BARASAL; CLOETE; GILSON, 2019).

Considerando o princípio da ideia recursiva de Morin (2015b), na qual tudo o que pode ser produzido volta-se para aquele que o produz, num ciclo auto constitutivo, auto-organizador e autoprodutor, a dificuldade de interação dos profissionais da assistência com a gerência de cuidados pelo déficit de pessoal e esgotamento dos trabalhadores prejudica a produção do cuidado, gerando defasagens e limitações ao sistema, assim como bloqueios à evolução satisfatória dos ciclos recursivos (ASEFA et al., 2020). Além disso, a dificuldade no gerenciamento pode ocasionar a falta de coesão da equipe, fragmentação do cuidado ou interrupção, gerando vulnerabilidades aos erros de comunicação e às trocas de informações, o que afeta a segurança do serviço oferecido (SOUZA & MENDES, 2019).

Portanto, a fragilidade gerencial na condução da equipe provoca dificuldades que interferem na segurança do paciente. O bom desenvolvimento do processo assistencial promove a qualidade e efetividade do cuidado. Além disso, melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais é a segunda meta preconizada pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (BERNARDES; GABRIEL; SPIRI, 2021; WHO, 2008).

Considerando a segurança da assistência, os entrevistados relataram a racionalização dos EPIs nos hospitais maternidades. Eles explicaram que os funcionários utilizavam os equipamentos de forma indevida ou excessiva pelo medo de contágio da covid-19. Isso gerou dificuldades no provimento dos EPI pela necessidade de os gerentes racionalizá-los e priorizá-los aos funcionários escalados nos cuidados das pacientes com covid-19, em isolamento no ambiente privativo:

Os EPI's ficavam com a supervisão para racionar, pois antes estavam sendo utilizados de forma indevida e mais do que a demanda existente [...]. Foi um consenso dos enfermeiros escalar um profissional exclusivo para o atendimento da mulher no isolamento. Então, priorizávamos o uso do EPI para o obstetra e pediatra para racionar. (Enfermeira E-1)

No início a restrição de material deixava o ambiente bem estressante e bem inseguro, porque os profissionais queriam se proteger excessivamente. (Enfermeira E-12)

Todos queriam utilizar a máscara PFF2, mas a recomendação era de utilizá-la para a coleta de *swab* [nasal] ou quando havia exposição a aerossóis, só que todos queriam usar esse tipo de máscara. Então eu, a coordenação geral e o administrador da unidade fizemos esse controle com a ajuda da supervisão para evitar o gasto excessivo. (Enfermeira diretora geral E-7)

Nós tivemos dificuldade com os profissionais que queriam utilizar a máscara PFF2, mas não tínhamos para todos, porque era preconizada a máscara cirúrgica. (Médica coordenadora assistencial E-18)

Foi bem difícil, tínhamos muita falta de materiais. Com isso, havia muitas restrições para conseguir o material. (Enfermeira E-14)

A assistência das pacientes com suspeita ou com a covid-19 requer a organização de EPI, através de da previsão e provisão, para o resguardo do profissional durante o trabalho, porque cada tipo de precaução exige equipamentos corretos. As precauções-padrão assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente assistencial, devendo ser praticadas em todos os atendimentos. Mas, na pandemia da covid-19, são necessárias também as precauções para contato, gotículas e aerossóis. Portanto, a gerência deve criar estratégias de orientação e observação dos profissionais quanto às medidas de precaução adotadas, sensibilizando-os para o uso correto, com minimização do medo e do risco de contaminação (BRASIL, 2021g).

Hantoushzade et al. (2021), Semaan et al. (2020), Kayiga et al. (2021) e Leung et al. (2022) relatam críticas ao fornecimento insuficiente de EPI, pois a sua falta nas maternidades aumenta o medo dos profissionais e os expõem a risco de vida e de seus pacientes. Nessa direção, enfermeiras espanholas vivenciaram escassez de EPI e desigualdade na sua

distribuição que as levou a reutilizá-los e fazer improvisações não recomendadas, como usar máscaras com prazo de validade vencido. Os supervisores monitoravam o uso de EPI pela equipe, mas ficaram divididos entre a responsabilidade de racioná-los e a de fornecer a proteção necessária às enfermeiras. A lacuna entre os protocolos sobre o uso de EPI e a realidade dos equipamentos disponíveis foi identificada. A falta de credibilidade, confiança e apoio da gestão pioraram a percepção de risco de contágio das participantes do estudo. Os supervisores tornaram-se responsáveis por gerenciar o medo e a percepção de risco da equipe de enfermagem. O estudo colocou em destaque a comunicação transparente e apoio emocional para contribuir na melhoria do bem-estar dos enfermeiros diante do risco (ROMEU-LABAYEN et al., 2022).

De modo semelhante, os profissionais entrevistados relataram que a racionalização de EPI nas maternidades fez com que os funcionários ficassem com medo de se contaminarem com o SARS-CoV-2 e tiveram que comprar os seus próprios equipamentos de proteção:

Eu me senti desprotegida e comprei a máscara PFF2 para me resguardar porque a diretora na época dizia que não precisava dessa máscara e sim da cirúrgica para entrar no [ambiente de] isolamento com a paciente positiva. (Enfermeira E-5)

Nossa equipe comprou a *face shield* [protetor facial] quando os funcionários começaram a morrer no hospital, porque eles disponibilizaram somente duas máscaras PFF2 por mês e queríamos uma para cada dia. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Os profissionais utilizavam a própria *face shield* [protetor facial] no plantão todo o tempo, porque o medo da equipe de se contaminar ao prestar cuidados à paciente com covid-19 era imenso. (Enfermeira E-12)

Devido ao aumento da demanda causada pela pandemia, a ANVISA (BRASIL, 2021g) orientou que as máscaras de proteção respiratória (N-95/PFF2 ou equivalente) poderiam, excepcionalmente, ser usadas em um tempo maior ou por um número de vezes maior que o previsto pelo fabricante, desde que fossem utilizadas pelo mesmo profissional e seguidas, minimamente as recomendações.

As enfermeiras italianas relatam dificuldades semelhantes com os EPI. Dada a instabilidade imposta pela pandemia, ressalta-se a importância da garantia de proteção do pessoal, tanto no nível físico como psicológico, através de protocolos específicos para reduzir o risco de contágio, formação adequada e apoio psicológico, sendo esse apoio oferecido por algumas organizações de saúde italianas. As dificuldades na qualidade e quantidade dos EPIs foram um grande problema que repercutiu em funcionários infectados no trabalho e alguns desses vieram a óbito (CATANIA et al., 2021).

A garantia de quantitativo adequado de EPI e a formação adequada para a sua utilização revelaram-se como um dos elementos-chave na liderança da enfermagem na pandemia, sendo esses contribuintes para a segurança de ambiente assistencial e laboral. Além disso, a falta de conhecimento sobre a covid-19, seu curso, complexidade, instabilidade e gravidade levou a enfermagem a adotar posturas de extrema cautela e ficar insegura de entrar no quarto do paciente e tocá-lo. Essa falta de informação induziu os enfermeiros a elaborar as suas próprias regras de manejo da infecção, muitas vezes em detrimento do cuidado ao paciente (CATANIA et al., 2021).

Os profissionais de saúde americanos com acesso ao EPI e a testes adequados tiveram melhores estimativas sobre o risco de contrair a covid-19 no trabalho. O uso da máscara de proteção respiratória oferece um alto nível de proteção contra a aquisição da infecção pelo SARS-CoV-2, embora possa ser usada uma máscara cirúrgica ou respiratória bem ajustadas, confortáveis e de forma consistente. Os profissionais que usam N-95 ou equivalente podem ter maior probabilidade de experimentar um evento adverso devido à dificuldade de continuar com a máscara por longo período. Portanto, estratégias eficazes de mitigação são importantes para garantir a aceitação e o uso correto das máscaras pelos profissionais (ANDREJKO et al., 2022; DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW, 2021).

Além dos EPI's, os profissionais participantes da presente pesquisa expuseram que outros equipamentos também eram escassos ou defasados e aquém das necessidades da equipe para prestar um cuidado seguro às mulheres:

Nós não recebemos ventiladores novos, o daqui é muito antigo. O ventilador é totalmente fundamental para manter a vida, mesmo que sejamos uma maternidade de risco habitual. (Auxiliar de enfermagem E-9)

Porque o fluxo [de atendimento] inicial era de recebê-la e acomodá-la [a gestante] na sala de isolamento. E, aí, vêm os desafios, ela começava a saturar mal [baixa oxigenação] e não havia bala de oxigênio suficiente. Então, começamos rever o fluxo por ter experiências com erros. (Enfermeira E-14)

A gente recebeu alguns equipamentos, mas ninguém perguntou sobre o que precisávamos. Nós recebemos um ventilador portátil para deixar na porta de entrada [admissão], mas era aquém do que precisávamos, porque a nossa unidade é antiga e o equipamento também é antigo. (Médica coordenadora assistencial E-18)

Destaca-se que os depoimentos acerca do déficit de ventiladores novos foram proferidos pelas profissionais que trabalhavam em maternidades tradicionais ou de referência para as mulheres saudáveis, com gravidez de baixo risco ou risco habitual, como atualmente é designado. O plano de contingência para covid-19 elaborado pela gestão de saúde priorizou os recursos e materiais para paciente crítico das unidades de referência, sendo esses destinados a

receberem as gestantes ou puérperas transferidas devido ao quadro de gravidade e necessidade de suporte ventilatório.

Cabe destacar que os relatos das enfermeiras acima sugerem a possibilidade de o contexto pandêmico ter colocado as maternidades tradicionais sob um estresse maior do que o esperado pelo seu perfil de atendimento, uma clientela constituída majoritariamente por mulheres saudáveis e sem morbidade associada. Esse perfil pode ter colocado os profissionais dessas maternidades sob maior pressão e estresse em virtude da covid-19 ser uma doença desconhecida, com alta transmissibilidade e que pode evoluir de baixa oxigenação para um quadro de SRAG rapidamente, sendo essa condição raramente atendida pela equipe obstétrica dessas instituições.

Também houve a dificuldade na disponibilidade dos testes para covid-19 pela gestão de saúde no início da pandemia. Em razão disso, os participantes se sentiram expostos ao contágio e ficaram temerosos e descontentes por não disponibilizem a testagem no serviço:

Tivemos contato e não sabíamos se as gestantes estavam com covid-19, porque, no início, o teste não era ofertado para todos. (Médica E-6)

A testagem não era ampla até para nós profissionais da maternidade, se estivéssemos sintomáticos. Sendo eles da prefeitura, era para procurar o plano de saúde ou o hospital ou posto. (Enfermeira E-12)

Quando não havia testagem, dificultava, porque muitas das vezes percebíamos a síndrome gripal após a internação da paciente, mesmo perguntando sobre queixas gripais antes do atendimento. (Auxiliar de enfermagem E-2)

No [hospital Z] não existia o teste para todas as pacientes e, quando tinha, demorava três dias para vir o resultado. (Médica E-3)

A dinâmica de uma unidade hospitalar materna é diferenciada pela maioria de sua clientela ser constituída por mulheres grávidas saudáveis e que demandam um curto tempo de internação na maioria das vezes, comparando-se com outras especialidades clínicas e cirúrgicas. A indisponibilidade de testes rápidos para todas as pacientes internadas dificultava o processo assistencial nessa ocasião, visto que havia demora no resultado do teste e as pacientes assintomáticas eram internadas sem o diagnóstico de positividade. Assim sendo, as pacientes poderiam estar infectadas com o SARS-CoV-2 e assintomáticas durante a internação, ficando sem as devidas precauções.

A identificação imediata dos casos positivos contribui para evitar a transmissão intra-hospitalar, diminuir a ansiedade e garantir transferência segura das pacientes sintomáticas para o hospital de referência. A falta de clareza no diagnóstico de contágio dificulta a

aceitação das orientações e o seu cumprimento pelas mulheres e acompanhantes, dessa forma todos ficam vulneráveis ao vírus, dificultando a sua erradicação (BELLO; OLUWASOLA, 2021).

Para o enfrentamento da pandemia, o governo brasileiro não previu estratégias necessárias e capazes de diminuir a crise pandêmica, somando-se ao contexto conturbado de disputas políticas. Havia governantes que não reconheciam as recomendações científicas e outros se posicionavam a favor das mesmas. Com isso, a sociedade estava no meio de incertezas e dúvidas sobre a condução do enfrentamento da covid-19, afetando a adoção de comportamentos preventivos. Essa falta de clareza ocasionou muitos óbitos na população em geral e mortes maternas (PAES et al., 2021).

Corroborando com esse contexto de adaptação imposto pela covid-19, os profissionais participantes relataram que o ambiente de isolamento das mulheres com suspeita ou positividade para SARS-CoV-2 era improvisado e deficitário quanto à sua estrutura, causando insegurança e descontentamento para as mulheres e equipe:

A pandemia aconteceu em uma situação em que não podíamos fazer obra e foi caótico, mas nós precisamos utilizar com o que tínhamos. Não tínhamos a estrutura de um isolamento com banheiro. Sem infraestrutura, precisamos improvisar o isolamento na sala de parto. (Auxiliar de enfermagem E-2)

O isolamento foi organizado na sala onde as orientações eram realizadas durante a visita [da rede] cegonha das gestantes. Não tinha banheiro, a paciente precisava ir lá fora e passava por todo o local que têm outras gestantes. (Enfermeira E-15)

Aqui não tem como mexer na estrutura física pela questão financeira e pela planta do próprio lugar. Só readaptaram os setores. [...] Eu e a enfermeira orientamos todas as pacientes para irem ao banheiro antes [de internar] e demos um kit de banho improvisado para o acompanhante. Nós tínhamos de levar os dois para tomarem banho no banheiro e depois pedíamos para fazer a sua limpeza. O isolamento da covid-19 não tinha banheiro. (Auxiliar de enfermagem E-9)

Não tinha banheiro no isolamento, as mulheres utilizavam a comadre e não podiam ir para o banho morno. (Enfermeira E-12)

Os gerentes e equipe buscaram adaptar o ambiente assistencial devido ao caos instalado pelas demandas da pandemia e viabilizar espaços privativos improvisados com condições relativas de utilização para os cuidados das mulheres que demandavam precauções pela covid-19. Porém, esses profissionais queixaram da estrutura desses ambientes improvisados e ficaram insatisfeitos com as suas limitadas condições e conforto prejudicado. Em consonância com essa problemática, percebe-se o potencial aumentado para o risco de contaminação, visto que, nas falas, as mulheres com covid-19 passavam pelos ambientes comuns da maternidade para atenderem suas necessidades fisiológicas.

Dessa forma, importante lembrar que os agentes são movidos pela condição ambiental imediata do SAC, respondendo às ocorrências dinamicamente. Logo, os participantes evoluíram em meio a uma estrutura caótica durante a pandemia. Em meio à problemática, eles precisam ser capazes de pensar e ter atitudes emergentes para que haja efetividade na tomada de decisão (GELL-MANN, 1996; HOLLAND, 1996; WALDROP, 1992).

Portanto, a estratégia possível foi adaptar os espaços das maternidades em razão dessas instituições não contemplarem um ambiente destinado à clientela com doenças infecciosas. Apesar dessas limitações, a alta demanda de pacientes com suspeita de covid-19 também contribuiu para acentuar o estresse dos profissionais e as fragilidades consequentes a um processo assistencial intensificado pela pandemia:

Houve dias de ficarmos com até dez pacientes com suspeita de covid-19 no isolamento da admissão aguardando atendimento. (Auxiliar de enfermagem E-16)

Tivemos a dificuldade com o espaço que comportasse a demanda. O setor de isolamento já estava ocupado e acabava que não existia outro lugar para alocarmos as pacientes. (Enfermeira E-11)

A demanda começou a aumentar e as dificuldades surgiram com muitas mulheres sintomáticas dentro de um mesmo ambiente isolado, sendo preciso deixar essas mulheres do lado de fora. (Enfermeira E-14)

O que me incomodava muito nesse início era ficarmos com seis pacientes no mesmo boxe sem uma estrutura adequada para comportar todas essas pessoas. (Enfermeiro supervisor E-4)

Infelizmente o número de casos de gestantes e puérperas acometidas pela covid-19 aumentou drasticamente no Brasil, principalmente pela indisponibilidade inicial de vacinação para essa clientela. Pelo OOb, 23.480 brasileiras grávidas e puérperas que adoeceram desde a primeira semana epidemiológica de 2020 até a 52ª semana, em novembro de 2022, com o registro de 2543 mulheres mortas nesse período. Com esse aumento de casos, as unidades tentaram se adequar em meio à demanda substancial de gestantes chegando às maternidades (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2022).

O uso do mesmo espaço privativo pode ser utilizado pelas gestantes com suspeita ou positivas de covid-19, porém precisa estar em conformidade com o preconizado. Se o serviço de saúde não possuir quartos privativos disponíveis para a demanda de atendimento de todos os casos, deve ser estabelecida a acomodação separando essas pacientes em um mesmo ambiente e é fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos. (BRASIL, 2021g)

Para direcionar a assistência dos pacientes graves com covid-19 na rede hospitalar do município do Rio de Janeiro, houve o fechamento do setor obstétrico em um hospital geral e o mesmo ficou como unidade de referência para esses pacientes, ocasionando aumento da demanda de internações em uma maternidade:

O que mais impactou foi o [hospital X] ter fechado sua maternidade e ter concentrado as gestantes na maternidade que trabalho, aumentando a demanda, não sendo possível diminuir a aglomeração. (Enfermeiro supervisor E-4)

Depois de terem fechado a maternidade do [hospital X] a demanda de pacientes aumentou muito [na maternidade Y], ficou uma loucura para trabalhar e nos sobrecarregou. (Auxiliar de enfermagem E-16)

Destaca-se que o Brasil tem o desafio de diminuir as estatísticas referentes à mortalidade materna previamente à pandemia. Essa crise sanitária ampliou as dificuldades estruturais pré-existentes. Ao fechar o setor obstétrico do Hospital X, a demanda de gestantes e puérperas foi direcionada para a maternidade Y, o que acarretou no aumento do número de pacientes atendidas e internadas. Os médicos especialistas também foram remanejados para a maternidade Y, mas os profissionais da enfermagem não:

Os profissionais que recebemos foram os médicos. Porém, quanto aos enfermeiros e técnicos do [hospital X], não recebemos ninguém (Enfermeiro supervisor E-4).

Isso corrobora a discussão sobre a sobrecarga de trabalho profissional durante a covid-19 pelo aumento da demanda de pacientes e mesmo número de profissionais da equipe de enfermagem nas maternidades, prejudicando a adaptação do sistema e a qualidade da assistência oferecida.

Além das incertezas relacionadas à erradicação da pandemia, apesar do treinamento da equipe ter sido aqui descrito como uma estratégia gerencial, o despreparo profissional foi relatado pela falta de orientações e equívocos nas atitudes preventivas:

Desde o início, tivemos máscara, álcool, materiais para lavagem das mãos e paramentação se necessário, mas a orientação em como usar eu nunca vi. (Enfermeiro supervisor E-4)

Percebi que muitos profissionais não sabem fazer coisas simples, como lavagem das mãos, calçar uma luva, colocar a máscara, colocar e tirar um capote. (Enfermeira E-15)

Apesar do despreparo dos profissionais apontado pelos entrevistados, eles consideram que a capacitação da equipe é importante para a melhor adesão ao comportamento preventivo

de uma doença infecciosa pouco conhecida e por não se habitual para a equipe esse tipo de cuidados:

Como separaram o prédio um como foco para pacientes com covid, o nosso prédio materno-infantil ficou sem treinamento. Então, essa perda eu senti e cobrei, porque não tinha nada definido para nós e começaram a chegar pacientes com covid. (Enfermeira E-12)

A única questão que pecou na unidade foi em questão do treinamento mesmo que não foi presencial com quem estava na linha de frente. (Auxiliar de enfermagem E-9)

Sinto a necessidade de treinamento constante porque a equipe não está acostumada com essas demandas. (Enfermeira E-1)

Cabe esclarecer que a enfermeira E-12 trabalha na unidade materno-infantil de um hospital geral. No início da pandemia, a intenção inicial era dessa unidade não atender gestantes com covid-19. No entanto, os gerentes repassaram as informações para as equipes dessa unidade devido ao aumento da crise sanitária e da demanda de casos na população obstétrica, mas sem o devido treinamento dos trabalhadores dessa unidade.

Os gerentes de um SAC são agentes da retroalimentação através da avaliação do processo existente com medidas de atuação, observação e diálogo com os setores para que sejam viabilizadas novas formas de organização e interações para suprir as necessidades do sistema.

Em contraposição ao pensamento complexo, alguns profissionais da assistência se sentiram pouco valorizados por não estarem diretamente envolvidos nos preparativos da instituição para atender os pacientes com covid-19. Durante a pandemia, a maioria das reuniões entre gerentes e equipes foi interrompida e os profissionais de saúde enfrentavam a covid-19 sem noção clara de sua magnitude e sem acesso às atualizações técnico-científicas no serviço, pois os hospitais públicos não dispõem de internet aberta para os usuários e profissionais e a maioria desses trabalhadores não tem acesso ou desconhece as bases de dados científicas para atualização profissional. Portanto, recomendam-se investimentos em serviços digitais nos serviços públicos de saúde para facilitar a educação permanente e demais incentivos para que se sintam estimulados, envolvidos e coparticipantes da gerência do processo assistencial (KAYIGA, et al., 2021).

A integração dos profissionais da educação permanente, além dos demais gerentes assistenciais com toda a equipe, é necessária para oferecer programas de capacitação, informando aos funcionários sobre recentes evidências científicas e direcionar os cuidados de

modo qualificado e seguro. As ações emergentes de capacitação são estratégias para viabilizar a cultura científica e de sistematização de conhecimentos. Portanto, não existe um modelo único e ideal de gerenciamento, pois os sistemas sofrem influências que mudam o meio onde os agentes estão inseridos e os gerentes assistenciais agem por meio de sua capacidade de adaptação ao contexto (CABRAL, VIANA & GONTIJO, 2020; CHIAVENATO, 2014)

Os gerentes da assistência são agentes do sistema e devem estabelecer uma relação dialógica no âmbito de um ciclo auto constitutivo de ordem/desordem/organização e engajar os profissionais para o que foi inicialmente pensado e, depois, desenvolvido possa retornar como uma informação efetiva ou que precisa de modificações, sendo esse movimento uma das características do SAC, que demanda retroalimentações constantes (MORIN, 2015a; PYPE et al., 2018).

Apesar do nível evolutivo dessa perspectiva de valorizar a comunicação para retroalimentação do sistema, os participantes relatam fragilidades na adesão da clientela ao comportamento preventivo, especialmente quanto ao uso de máscaras e às restrições do ambiente privativo:

No início, orientávamos aos acompanhantes e quando víamos, eles não respeitavam, estavam sem máscara e não aceitavam as nossas orientações. (Enfermeira E-11)

Orientávamos sobre o uso da máscara, mas os acompanhantes e as gestantes relutavam em usar [...] A maior dificuldade foi orientar os acompanhantes para respeitarem o isolamento com a gestante, eles queriam passear pela maternidade. (Auxiliar de enfermagem E-2)

Era difícil a gestante entender a importância de ficar no isolamento e não querer transitar do lado de fora, mesmo a gente orientando sobre isso em várias vezes. (Enfermeira E-14)

Os acompanhantes não aceitam a nossa orientação, oferecíamos as máscaras cirúrgicas e eles as guardam. Acho que até estimulados pelo decreto do prefeito extinguindo o uso. (Enfermeiro supervisor E-4)

A constante sensibilização e orientação aos acompanhantes e gestantes requerem estratégias para que eles ampliem o seu entendimento quanto à importância das medidas de proteção individual para aumentar a sua adesão, sobretudo quanto ao uso de máscaras. Contudo, a governança do serviço de saúde encontrou limites quando esbarrou na disseminação da ideologia anticiência e comportamentos negacionistas.

Esse comportamento de recusa do uso da máscara por uma parcela da população foi observado em várias partes do mundo, principalmente na Europa, Estados Unidos, Canadá e Brasil, sendo justificado pelo argumento de que a sua obrigatoriedade feria a liberdade

individual. No Brasil, estudo de base populacional realizado em 133 cidades, de março e agosto de 2020, estimou a proporção de 97,9% dos entrevistados usavam máscara, principalmente de tecido, quando saíam de casa, mas o entrevistador não visualizou o uso de máscara em 50% dos participantes no momento da entrevista. A não utilização de máscara foi mais observado em mulheres e homens com idade de 10 a 19 e de 20 a 29 anos, com cor de pele indígena, preta e parda, nível educacional correspondente ao fundamental e médio e oriundos da região centro-oeste. Esse alto percentual de pessoas sem máscara durante a entrevista sugere ser importante reforçar a prevenção e o autocuidado (JACQUES et al., 2022)

Esse contexto negacionista também influenciou negativamente a adesão de alguns profissionais de saúde ao comportamento de proteção e às normas técnicas institucionais, como explicam os participantes:

Foi um estresse com os residentes, porque todos aqueles que prestavam assistência, precisavam tomar banho e trocar de roupa no prédio I, destinado para covid-19, mas eles não queriam se desparamentar e tomar banho, mas ficarem transitando entre os dois prédios, deixando-nos [profissionais da maternidade] expostos ao vírus. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Existiam colegas que não usavam máscaras no ambiente comum da equipe e isso gerou discussões, porque dava medo em ficar próxima deles. Eles não se cuidavam e nos deixavam vulneráveis para pegar a covid-19. (Médica E-3)

Em meio a tantas turbulências para início da campanha de vacinação contra a covid-19 no Brasil, em janeiro de 2021 a mesma foi iniciada e deslanchou nos meses subsequentes, após a mobilização social e cobrança de ação das autoridades governamentais pela sociedade. Nesse mesmo ano, em maio, as gestantes e puérperas foram incluídas e, desde então, o número de óbitos caiu drasticamente (BRASIL, 2021c; RASMUSSEN, 2021; SHELER, 2021).

Por outro lado, o avanço da vacinação da população brasileira contra a covid-19 de 2021 a 2022 possibilitou a cobertura vacinal de mais de 70% da população brasileira e acima de 80% na região sudeste, assim como a queda proeminente de óbitos, especialmente no auge da segunda onda da pandemia, causada pela variante Delta do SARS-CoV-2, quando 15 mil óbitos por semana foram registrados durante oito semanas seguidas, primeiro semestre de 2021 (MOURA et al, 2022).

Destaca-se que o Decreto nº 50.308, de 07 de março de 2022, da prefeitura do Rio de Janeiro, desobrigou o uso de máscaras faciais para o acesso e a permanência de indivíduos nas dependências nos estabelecimentos industriais, comerciais e de prestação de serviços, assim

como órgãos públicos, desde que apresentassem a comprovação de vacinação contra a covid-19, com exceção das unidades de saúde e hospitais.

Além dessa flexibilização de espaços de uso coletivo da população em razão da ampliação da cobertura vacinal para covid-19 no Brasil a partir de 2021, o esgotamento com as restrições impostas pela pandemia pode ter corroborado para comportamentos de abandono das medidas essenciais para a proteção no meio hospitalar. Além disso, as condições de trabalho desafiantes, como a falta de tempo suficiente para a triagem das gestantes, a impossibilidade de distanciamento social durante o parto e a incapacidade das mães de tolerarem a máscara durante o parto podem ter contribuído para o aumento do risco de transmissão da doença no ambiente assistencial (HANTOUSHZADE et al., 2021; WILSON et al., 2021).

Esse cenário menos ameaçador, devido à cobertura vacinal, pode ter favorecido posturas dos profissionais mais flexíveis com a proteção individual devido à presunção de que estavam protegidos e que a pandemia seria debelada, como é explicado a seguir:

Nós passamos a ter profissionais menos preocupados com uso de EPI porque estavam vacinados e se sentiam totalmente protegidos. (Enfermeira educadora permanente E-13)

Depois da vacina, nós profissionais passamos a nos proteger menos em todos os lugares [...]. As pessoas estão mais sem máscara e há paciente e acompanhante que ficam sem máscara. Teve uma perda na investigação de sintomas gripais, tanto, de fazer as mesmas perguntas que fazia. (Enfermeira E-12)

Com a vacina, são poucos que querem usar a máscara, mesmo os profissionais de saúde, porque se sentem imunes e acabam esquecendo que não é dessa forma. (Médica E-3)

Depois da vacina, os médicos querem atender as pacientes sintomáticas gripais fora do isolamento e sabemos que a pandemia não acabou. (Enfermeira E-15)

Depois da vacina, parece que as pacientes se descuidaram por pensarem que estão imunes e aparecem sem as máscaras. (Médica E-6)

Nessa perspectiva, as vacinas contra a covid-19 trouxeram um alívio para a demanda assistencial de mulheres grávidas adoecidas, familiares e profissionais de saúde nos hospitais. Esses trabalhadores também experimentaram esgotamento físico e emocional com o enfrentamento da pandemia. No entanto, as medidas de prevenção são necessárias pela continuidade de circulação do vírus e surgimento de novas cepas com alta transmissibilidade.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do MS emitiu um alerta, através da nota técnica nº 16/2022, acerca do aumento de casos e óbitos por covid-19 no Brasil, causando elevação das notificações, entre seis a 11 de novembro de 2022, e o aumento do número de casos da

doença e da circulação de novas linhagens da Variante de Preocupação (*Variant Of Concern*, VOC) Ômicron do SARS-CoV-2, com ênfase na nova sublinhagem BQ.1., causando a notificação de 57.825 casos e 314 óbitos pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Esse contexto de elevação de casos e mortes, após a conquista da vacinação do percentual de acima de 80% da população brasileira com duas doses do imunizante, prenuncia que as maternidades têm que permanecer vigilantes e preparadas para receber gestantes com positividade para a covid-19.

Outro fator importante que os depoimentos revelaram foi a preocupação dos profissionais por não disporem mais do ambiente restrito improvisado, denotando que as lições da pandemia ainda não foram incorporadas como uma realidade imprevisível e emergencial que pode ser mais recorrente neste século e nos anos vindouros, como explicam a seguir:

Não temos mais os leitos destinados para o isolamento. Hoje, há o estresse do remanejamento das pacientes [saudáveis] para isolar uma enfermaria, caso internem as pacientes com covid-19. (Médico E-17)

Pior que, hoje em dia, o setor de isolamento foi desmontado. Não tem mais e não temos mais nada separado para a covid-19. Se vier uma nova cepa [viral], aquela estrutura já não existe mais. Acho que vai começar tudo do zero de novo. (Auxiliar de enfermagem E-8)

Aconteceram vários atritos com algumas equipes porque querem utilizar a sala de parto isolada para outras finalidades sem ser pacientes com covid-19. (Auxiliar de enfermagem E-9)

As improvisações e a organização dos ambientes e processos de assistência foram desfeitas ou afrouxadas ao longo da pandemia com o avanço da vacinação da população. No entanto, a incerteza no setor saúde, diante da velocidade de mutações do SARS-CoV-2 e surgimento de novas linhagens e sublinhagens, faz da imprevisibilidade uma realidade emergente no planejamento, organização e avaliação do processo assistencial.

Como os depoimentos manifestados, é necessário que a atenção esteja voltada para o sistema conectado com o seu ambiente, pois com todos os desafios relatados, os gerentes de um SAC precisam estar aptos para a imprevisibilidade e adaptabilidade, exercendo o diagnóstico oportuno dos problemas potenciais, estabelecendo interações e conexões não previstas entre os componentes do sistema, assim como colocando-se disponível às equipes em todas as fases do processo assistencial (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020).

Dessa forma, para a coevolução do sistema, o preparo estratégico das unidades de saúde e obstétricas deve ser contínuo pelas aprendizagens com a atual crise sanitária e imprevisibilidade de quando situação semelhante ocorrerá, possibilitando o sistema adotar

rapidamente as medidas de enfrentamento e mitigar os danos para salvar vidas e garantir a segurança das mulheres e seus bebês. Esse cenário demanda um constante processo de retroalimentação em meio a situações inesperadas causadoras do caos, um ciclo de ordem e desordem, no qual os agentes buscam se organizar suficientemente para adaptar o sistema de cuidados, como um sistema aberto, e atender as demandas emergentes de cuidados em razão dessas situações.

#### 4.3.1 Potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar

Através da autonomia dos agentes, identificou-se a capacidade dos mesmos de utilizar estratégias adaptativas que os possibilitaram adquirir experiências resultantes das dificuldades encontradas, sendo as medidas adotadas consideradas exitosas pelos participantes.

Apesar dos profissionais terem reconhecido limitações frente à imprevisibilidade e à magnitude da pandemia, os gerentes foram capacitados pelos gestores, buscaram atualizações do conhecimento e experiências empreendidas em outras instituições, viabilizaram treinamentos das suas equipes e reorganizaram a rotina institucional e fluxos de atendimentos durante a covid-19 nas maternidades. Dessa forma, a auto-organização do sistema foi evoluindo, as medidas protetivas foram implementadas e os gerentes exerceram os seus papéis de resposta às demandas do sistema, inclusive na mediação dos conflitos entre os agentes, como explicam a seguir:

Os outros profissionais não entravam no isolamento e nos sobrecarregavam. Após isso, conversamos com a chefia e ela organizou a rotina. (Enfermeira E-15)

A chefe imediata sempre se colocou na frente em qualquer situação de conflito com os acompanhantes. (Auxiliar de Enfermagem E-2)

O empenho dos gerentes da assistência foi exitoso na criação de fluxos [de atendimentos das pacientes com covid-19]. Mesmo que esses não fossem o ideal e adequados, mas eles existiam e, ao longo do período, tivemos a abertura de conversar com as chefias para entender e, talvez, propor uma modificação para sua melhoria. (Médico E-17)

As experiências dos agentes do sistema da atenção obstétrica das maternidades expressam a auto-organização para intervenções complexas, que foram adaptadas e retroalimentaram o processo assistencial à pandemia (COPELLI et al., 2016; PETERS, 2012;).

Com essa auto-organização, a crise sanitária trouxe à tona fatores positivos ao sistema, com destaque para a melhoria na organização do trabalho em equipe covid-19. Os profissionais perceberam a importância de pensarem o processo assistencial durante a pandemia e destacaram estratégias de organização dos ambientes e recursos necessários para os cuidados das gestantes com suspeita de exposição ou adoecidas pelo SARS-CoV-2:

O que a gerência fez de efetivo foi direcionar como abordar a paciente, todo esse movimento de organizar uma sala e preparar os EPI's, além de treinar os profissionais para o atendimento. (Médica E-6)

Foi muito bom disponibilizar as máscaras que seriam usadas no mês, cada um já tinham as suas em todo início de mês, sem precisar ficar pedindo a enfermeira. (Auxiliar de enfermagem E-9)

Os participantes também perceberam contribuições para o trabalho da equipe mais coeso e cooperativo, assim como a aquisição de novos conhecimentos e competências para o cuidado das mulheres com uma doença viral de altamente transmissível:

A pandemia serviu para entendermos o quanto é importante a equipe estar interligada, organizada entre si e em relação ao que fazer. (Enfermeira E-1)

Todos nós trabalhamos em conjunto [...], desde a pessoa da recepção até a profissional da limpeza, porque todos atendem a clientela. Então, a equipe é isso, todos cresceram com a pandemia. (Enfermeira E-14)

Agora temos mais experiência de atuar com o manejo às pacientes com covid-19. Se vier uma nova pandemia, acredito que conseguiremos ter mais autonomia e segurança do trabalho realizado. (Médica E-6)

A pandemia reforçou o domínio dos conhecimentos de epidemiologia, infraestrutura, ambiente e controle, e isso foi essencial. (Enfermeira E-12)

Com a aquisição de conhecimentos pela experiência com o processo assistencial na pandemia, alguns profissionais obtiveram novas competências para os cuidados nas maternidades. Percebeu-se que as ações precisavam ser compartilhadas para que fossem postas em prática, sendo destacada a comunicação e o feedback entre os profissionais e os gerentes, sendo esses componentes essenciais para a segurança da assistência.

Nós tínhamos uma boa interação com os profissionais gerentes de todas as categorias [...]. Apresentávamos o feedback de como estavam sendo realizados os fluxos. Se houvesse uma modificação melhor, a gente podia inserir. (Médico E-17)

Quando era algo para modificar ou acrescentar [cuidados], conversávamos com a chefia sobre melhores fluxos e com a enfermeira da rotina também, como aqueles que aboliram algumas tecnologias não farmacológicas que poderiam ocasionar a contaminação. (Enfermeira E-11)

A liderança foi considerada importante para a equipe se sentir apoiada nas situações desafiantes, minimizar os riscos e direcionar os cuidados. O exemplo do gerente no enfrentamento das situações em que os profissionais estavam hesitantes e temerosos também foi valorizada:

Tivemos um incêndio [no outro prédio do hospital] e foi um exemplo da necessidade de um líder organizando, no qual toda a equipe ficou paramentada para recebermos os pacientes com as salas preparadas e respiradores organizados. (Enfermeira E-12)

A direção era muito presente na assistência. Na época, ela [diretora] desceu até aqui para operar uma paciente com covid-19 por conta dos receios [dos profissionais]. (Auxiliar de enfermagem E-9)

A relação entre nós [equipe] era boa na questão da comunicação. Eu fiquei o tempo inteiro com elas [profissionais de enfermagem]. Caso elas precisassem de alguma coisa, eu ficava também, às vezes, até altas horas para tirar alguma dúvida. (Enfermeira coordenadora do complexo obstétrico E-19)

A pandemia da covid-19 trouxe a oportunidade de redesenhar o pensamento das políticas de saúde. As estratégias de pensamento sistêmico e complexo puderam ajudar no alcance de mudanças por meio do reenquadramento das formas tradicionais de pensar e fazer, a fim de estimular novas possibilidades por meio do debate crítico. Nessa direção, pode-se enfrentar o desafio de passar da fragmentação para a auto-organização adaptativa, criando sociedades bem integradas, equitativas e prósperas, resilientes a perturbações repentinas e inesperadas de qualquer tipo (BOZORGMEHR; HECKER; ZICK, 2022).

Além disso, a pandemia como o evento extremo e imprevisto, a resiliência do sistema de saúde ocorre pela capacidade do mesmo de se preparar, gerenciar (absorver, adaptar e transformar) e aprender com os choques. O choque é uma mudança repentina e extrema que afeta um sistema de saúde e, portanto, é diferente das tensões previsíveis e duradouras do mesmo. Um ciclo de choque tem quatro estágios: a) preparação em virtude de o sistema ser vulnerável a vários distúrbios; b) choque e alerta, cujo foco está na identificação oportuna do início e tipo de choque; c) impacto e gerenciamento do choque, quando há absorção do choque e, se necessário, o sistema se adapta e se transforma para garantir que os seus objetivos ainda sejam alcançados; d) recuperação e aprendizado, quando há um retorno a algum tipo de normalidade, mas ainda pode contemplar mudanças como legado do choque (THOMAS et al., 2020).

Assim sendo, um sistema de saúde resiliente abarca a garantia da estabilidade dos recursos a longo prazo, quer sejam financeiros, físicos, humanos e de informação; resposta eficiente com recursos limitados, sem sacrifício das principais prioridades, benefícios, acesso

ou direitos; fortalecimento da governança para adaptar rapidamente o sistema a novos objetivos e prioridades, demonstrando a capacidade de formular estratégia de saúde de longo prazo, garantindo a responsabilidade, transparência e envolvimento das partes interessadas, assim como o uso de evidências para monitoramento e avaliação do desempenho (THOMAS et al., 2020).

Corroborando, os entrevistados demonstraram que a retroalimentação do sistema ocorreu e contribuiu para a revisão do processo assistencial frente à emergência da crise sanitária, com interação, comunicação e cooperação entre equipes e unidades assistenciais da atenção obstétrica, como explicam a seguir:

Eu expunha os problemas e dava a sugestão de fluxos às supervisoras. A minha gerente vai ao setor para saber como estamos lidando com as mudanças e já aconteceu dela perceber que a mesma não foi efetiva e ela a modificou. (Enfermeira E-5)

Nós da direção trabalhamos interagindo com os profissionais da assistência, pois eles percebem se a mudança está viável. Eles nos mostraram a importância do isolamento com o banheiro. Então, modificamos o local do isolamento. (Enfermeira diretora geral E-7)

Para as mudanças dos fluxos, eu contactava os enfermeiros envolvidos, o diretor de obstetrícia e a diretora de pediatria. Houve o momento em que todos participaram da criação de fluxos. (Enfermeira educadora permanente E-13)

Os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipe, com empatia e colaboração, para se adaptarem melhor às mudanças do processo assistencial às mulheres grávidas durante a pandemia de covid-19. Desta forma, o papel dos profissionais e das equipes de saúde deve ser definido; a comunicação eficiente deve ser mantida e a confiança mútua, o ambiente respeitoso e o sentimento de pertencimento devem ser estabelecidos, com compreensão da importância da transversalidade de suas ações no sistema (HANTOUSHZADE et al., 2021).

O processo assistencial requer uma organização do sistema com atividades interligadas de planejamento, organização, direção, controle e avaliação, em articulação com as equipes envolvidas, para qualificação do cuidado e fortalecimento da cultura de segurança. A crise sanitária causada pela pandemia exigiu que os gerentes e profissionais exercessem sua criatividade e fizessem adaptações no ambiente das maternidades públicas. Essas adequações estimulou a cooperação e ajuda mútua da equipe para procura de soluções de como lidar com as situações inesperadas, o desconhecimento, o despreparo e o medo da doença.

Assim sendo, importante refletir que o gerenciamento do cuidado envolve a articulação entre gerentes e profissionais durante o processo de trabalho, sendo observado

mais expressivamente na enfermagem, de modo articulado, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas. Na maioria das maternidades e demais hospitais, a enfermeira exerce um papel proeminente na execução do gerenciamento do cuidado, por priorizar a qualidade da assistência e abarcar o cuidar com o ensinar, aprender, intervir, gerenciar e investigar (CHEN et al., 2020; LIMA et al., 2021; MORORÓ et al., 2017).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização destaca a integração de várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, embasado no multiprofissionalismo, com engajamento de todos os profissionais no avanço das políticas que garantam o cuidado seguro, com planos estratégicos e boas práticas aos serviços (BRASIL, 2010).

Corroborando, os entrevistados consideraram que a pandemia favoreceu a organização do processo assistencial pela criação de protocolos e padronizações nos serviços, que repercutiram positivamente e deixaram um legado para o serviço e suas equipes, possibilitando-os observar algumas melhorias na segurança da assistência oferecida:

O fluxo elaborado pela educação continuada, juntamente com a direção e o setor de epidemiologia, com as definições do que tínhamos de planta física e o fluxo de pessoas, gerou segurança para a nossa atuação. (Enfermeira E-12)

Ao aplicar o protocolo, eu observava como que ele funcionava [...] os protocolos estão apresentando um efeito positivo porque as equipes atuam mais uniformemente, demonstrando que realmente precisamos ter um protocolo. (Enfermeira E-1)

Acredito que o fluxo pensando e criado para a covid-19 foi um legado. De repente, até para outro patógeno respiratório. (Enfermeiro supervisor E-4)

As experiências de preparação e reorganização das instituições hospitalares da atenção obstétrica durante a pandemia foram valorizadas pelos entrevistados. Apesar disso, a capacitação profissional para desastres e emergência de saúde pública não é tradicionalmente ensinada na assistência materna, denotando que as universidades, gestores e gerentes de saúde precisam abordar essa temática para assegurar a segurança da saúde materna e neonatal em eventos imprevisíveis e de grande magnitude, quer seja em âmbito local, regional, nacional ou mundial. As experiências imprevisíveis acontecem e as retroalimentações da prática profissional devem ocorrer para assegurar a efetividade do processo do cuidado às pacientes, com qualidade, segurança e entrosamento (SZABO et al., 2021).

As autoridades de saúde nacionais e internacionais alertaram que haverá um “novo normal” imposto pela pandemia e isso pode impactar no modo como os cuidados maternos

são prestados, nas experiências dos profissionais e no gerenciamento do processo assistências dos serviços de saúde para buscar um redesenho da rede de atenção à saúde (BRADFIELD et al., 2021).

Assim sendo, pandemia de covid-19 revelou disfuncionalidades preexistentes na assistência à maternidade. Apesar dos hospitais serem um ambiente contribuinte na transmissão de patógenos, a maioria dos cuidados de maternidade e aos partos são feitos em hospitais. Portanto, a abordagem descentralizada para os cuidados de maternidade, que inclui o uso de uma variedade de instalações, pode ser útil na racionalização de recursos e obtenção de melhores resultados em mulheres com gestações normais ou de baixo risco, conferindo flexibilidade ao sistema em contexto pandêmico e nas situações críticas vindouras (HANTOUSHZADE et al., 2021).

Para tal, é necessário a desconstrução de posturas engessadas entre profissionais, gerentes e gestores quanto à não-linearidade do sistema de saúde, uma vez que as práticas devem direcionar para o cuidado integrado e compartilhado, preparando-os para as situações imprevisíveis. Além disso, a visão do gerente como o único responsável pelo gerenciamento da instituição é equivocada, pois os usuários, juntamente com esses profissionais, devem ser compreendidos como atores do sistema e que participam das mudanças e adequações necessárias e emergentes do processo assistencial, como aqui foi identificado quanto à mobilização social gerada para assegurar os direitos da mulher grávida à presença do acompanhante nas maternidades durante a covid-19.

## CONCLUSÃO

A presente dissertação respondeu os objetivos propostos e elucidou o gerenciamento do processo de assistência hospitalar às gestantes durante a pandemia da covid-19 na perspectiva dos profissionais da enfermagem e medicina. Portanto, a análise do fenômeno estudado, orientada pelo paradigma da complexidade, permitiu elucidar experiências, estratégias, desafios e potencialidades do gerenciamento do processo de assistência hospitalar nesse momento de crise sanitária.

Entre os resultados alcançados, verificou-se que os profissionais experienciaram medo e incertezas durante a fase inicial da pandemia da covid-19, ocasionados pelo desconhecimento acerca da doença; ausência de mensagens governamentais claras acerca dessa nova doença viral, medidas de enfrentamento e seus impactos negativos no setor da saúde e bem-estar dos seus trabalhadores e população; restrições na oferta de insumos e equipamentos de proteção; obsolescência da estrutura institucional e defasagem dos equipamentos nas maternidades públicas; despreparo dos profissionais para a assistência das gestantes expostas ou adoecidas pelo SARS-CoV-2, com risco potencial de agravamento e morte; crescimento progressivo das internações de mulheres grávidas adoecidas e do número de profissionais contagiados e adoecidos.

Esse contexto caótico pela emergência dessa crise sanitária causou a desestabilização do sistema e seus agentes. Em resposta, houve a auto-organização progressiva das instituições, por meio de estratégias gerenciais e adaptações do ambiente organizacional e processo assistencial obstétrico, como o compartilhamento de informações e experiências entre profissionais e serviços; capacitação dos gerentes pela gestão de saúde; treinamento das equipes na instituição e/ou virtualmente por vídeo; controle da dispensação e uso racional dos equipamentos de proteção; adaptação de sala ou enfermaria da maternidade para isolamento dos casos suspeitos ou positivos para covid-19; elaboração de protocolos e fluxos de atendimento, desde a porta de entrada até a alta hospitalar, com interação e feedback da equipe.

Ancorado nos pressupostos do pensamento complexo e sistema adaptativo complexo, o estudo afirmou que a unidade hospitalar materna é um Sistema Adaptativo Complexo (SAC), no qual os profissionais agiram para enfrentar a complexidade da crise sanitária e mitigar os seus efeitos negativos no processo assistencial e na saúde materna, assim como na sua própria saúde, dos seus colegas de trabalho e de suas famílias.

A unidade materna hospitalar foi um bom exemplo para a discussão sobre a adaptação de um SAC durante a uma situação imprevisível e emergente com uma crise pandêmica. Os agentes do sistema, representados pelos gerentes e profissionais da enfermagem e medicina, externaram os seus sentimentos, atitudes, interações e aprendizagens, que os auxiliaram na reflexão acerca das respostas organizacionais, gerenciamento do processo assistencial e a atuação dos profissionais durante a pandemia.

Dessa forma, a adaptação evolucionária foi identificada na pesquisa, mesmo que não tenha alcançado a sua completude pelas limitações do sistema e entraves estruturais impostos ao sistema público de saúde, que padece de subfinanciamento crônico e atores que se opõem à sua lógica de direito universal à saúde.

Além disso, os esforços adaptativos evoluíram da auto-organização inconsciente para a consciente, iniciando pela constatação de que o sistema não estava preparado e passando a identificar e aprender com as informações e experiências a fim de possibilitar ajustes e evitar uma completa desorganização de tal conjuntura na área da saúde. Essa transição foi difícil diante da incerteza, mas viabilizou estratégias e avanços na complexidade do sistema em tempos de pandemia, pois o pensar e a ação permitem reunir informações para enfrentar as incertezas no sistema.

A ausência inicial de evidências consolidadas desafiou gerentes e profissionais, pois precisaram lidar com as incertezas para adaptar o processo assistencial obstétrico e assegurar a segurança dos cuidados. No entanto, o inter-relacionamento dos profissionais com os gerentes ocorreu recorrentemente, mas as relações hierárquicas foram mantidas e as decisões compartilhadas foram limitadas.

A cooperação entre serviços e equipes não foi suficiente para romper a lógica do trabalho hierarquizado, uma vez que os cuidados das mulheres com covid-19 no isolamento improvisado foram prestados pelas auxiliares de enfermagem ao longo dos seus turnos de trabalho, enquanto médicos e enfermeiras faziam as visitas por um curto período de tempo.

Por outro lado, os gerentes se empenharam para adequar suas unidades e implementar protocolos institucionais para a covid-19, mas houve fragilidades e dificuldades enfrentadas pelas equipes, como a sobrecarga de trabalho pelo aumento das internações de gestantes juntamente com o aumento dos afastamentos dos profissionais com comorbidades e acometidos pela covid-19, causando acúmulo de funções, insatisfações e esgotamento profissional.

Com as dificuldades institucionais e do sistema, os agentes fizeram improvisações ao invés de organizarem em medidas emergentes, autorreguladoras e retroativas, que podem ter

contribuído para os momentos de colapso pelo qual o sistema de saúde passou, sobretudo quando ocorreram os picos de casos e mortes no país. Por outro lado, os agentes demonstraram flexibilidade frente aos desafios vivenciados.

Além disso, os comportamentos preventivos pela clientela e profissionais não foram contínuos após a vacinação para covid-19, posturas negacionistas foram influentes na adesão dos mesmos ao uso de máscara no ambiente hospitalar e os trabalhadores da saúde não tiveram suporte emocional durante a crise sanitária. Esses desafios podem ter contribuído para a magnitude dos indicadores de adoecimento e mortes das mulheres grávidas e dos trabalhadores da saúde no Brasil, especialmente do nível técnico e elementar da enfermagem.

Além dos fatores comportamentais, a falta inicial de testes rápidos de antígeno e das vacinas contra a covid-19 dificultaram o diagnóstico oportuno e a garantia do direito da mulher ao acompanhante nas maternidades, fragilizando o gerenciamento assistencial para o efetivo controle de casos, redução de contágios no hospital, garantia de cuidados respeitosos às mulheres e redução do medo e estresse nas equipes de saúde.

Por fim, os conceitos do pensamento complexo e do sistema adaptativo complexo aplicados na pesquisa possibilitou uma compreensão mais ampliada das redes de relacionamentos dos agentes, suas interações, aprendizados, desafios e potencialidades do gerenciamento assistencial direcionadas às imprevisibilidades causadas pela pandemia, destacando as contribuições da abordagem sistêmica na análise do processo assistencial em contexto de crise a partir das experiências vivenciadas pelos gerentes e profissionais da enfermagem e medicina.

Apesar do rigor científico no desenvolvimento da presente pesquisa, a mesma apresentou limitações relacionadas à análise das experiências vivenciadas de um grupo limitado de gerentes e profissionais de maternidades públicas da região metropolitana do Rio de Janeiro. Assim sendo, os resultados aqui descritos não abarcaram a diversidade de situações que podem ter ocorrido na rede de atenção obstétrica durante a pandemia. No entanto, acredita-se no potencial de reprodutibilidade dos seus achados para contextos assistenciais semelhantes.

Recomendam-se mais pesquisas sobre a capacidade de resposta do gerenciamento da assistência obstétrica para direcionar as ações gerenciais e assistenciais em situações de crise sanitárias futuras e mitigar os agravos à população obstétrica e aos profissionais das maternidades. Além disso, sugere-se a promoção de cursos de educação permanente e capacitação de graduandos e residentes sobre a temática da assistência obstétrica em situações de desastres e crise sanitária para melhorar as competências, habilidades e atitudes

profissionais, qualificar o enfrentamento dessas situações e reduzir complicações e mortes, alcançando resultados mais seguros, exitosos.

Sugere-se a apreciação dos resultados deste estudo para subsidiar a reflexão acerca da auto-organização e adaptabilidade destas unidades hospitalares como um Sistema Adaptativo Complexo, os quais são passíveis a enfrentar situações imprevisíveis e inesperadas, apresentam uma dinâmica não linear, requerem interação e feedback adequados entre os seus agentes e desenvolvam a aprendizagem organizacional para alcance dos melhores resultados possíveis.

As unidades de saúde maternas e seus gestores precisam sensibilizar as equipes de saúde para o desempenho em momentos críticos, importância das respostas oportunas e efetivas do sistema às crises inesperadas, corresponsabilidade dos agentes diante do caos momentâneo pela desestabilização do sistema e construção de confiança mútua entre os mesmos para garantir um cuidado seguro e eficaz. Isso facilita a implementação de mudanças na dinâmica assistencial e a análise do planejamento e capacitação dos trabalhadores da saúde para promoção da eficácia do processo assistencial em contexto de crise.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Frequently Asked Questions: Management of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed COVID-19**. 2020. Disponível em: <<https://services.aap.org/en/pages/2019-novelcoronavirus-COVID-19-infections/clinical-guidance/faqs-management-of-infantsborn-to-COVID-19-mothers/>>. Acesso em: 3 set. 2021.
- AGOSTINHO, M.C.E. **Complexidade e organizações: em busca da gestão autônoma**. 142p, São Paulo: 2003
- ALIZADEH, A.; KHANKEH, H. R.; BARATI, M.; AHMADI, Y. et al. Psychological distress among Iranian health-care providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study. **BMC psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em:<<https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-020-02889-2>>. Acesso em: 12 out. 2021.
- ALLOTEY, J.; STALLINGS, E.; BONET, M., YAP, M.; CHATTERJEE, S. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. **BMJ**. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.m3320.12>>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- ALMEIDA, I.J.S.; LÚCIO, P.S.; NASCIMENTO, M.F.; COURA, A.S. Pandemia pelo coronavírus à luz de teorias de enfermagem. **Rev Bras. Enferm.** n.73, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0538>>. Acesso em: 27 set. 2021.
- ALMEIDA, O.C.S. **Gestão das organizações complexas: o caso sistema universidade aberta do brasil na universidade de Brasília**. [tese] 255f. Universidade de Brasília: Brasília- DF,2013. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/14135>>. Acesso em: 02 abr. 2021
- ALMEIDA, R. A. A. S.; CARVALHO, R. H. S. B. F.; LAMY, Z. C.; ALVES, M. T. S. S. D. B., et al. Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da COVID-19. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0206pt>>. Acesso em 04 fev. 2023.
- ALONSO, C.; STOREY, A. S.; FAJARDO, I.B.; BORBOLETA, H.S. Emergent Change in a Mexican Midwifery Center Organization Amidst the COVID-19 Crisis. **Frontiers in Sociology**, v. 6, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2021.611321>>. Acesso em: 27 set. 2021.
- ANDRADE, L.E. L. **Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente**. [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Rio Grande do Norte, 2016.
- ANDREJKO, K. L.; PRY, J. M.; MYERS, J. F.; FUKUI, N. ET AL. Effectiveness of face mask or respirator use in indoor public settings for prevention of SARS-CoV-2 infection—California, February–December 2021. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 71, n. 6, p. 212, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8830622/>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ANTEQUERA, F. B.; GARCÍA, E.J.; CARRASCO; F.J.F.; DÍAZ L.R. et al. Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 94, n. 5, nov., 2020. Disponível em: <[https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/C\\_ESPECIALES/RS94C\\_202011157.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202011157.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2022.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: 2021

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013.

APPELMAN, I. F.; THOMPSON, S. M.; VAN DEN BERG, L. M.; VAN DER WAL, J. T. G. et al. It was tough, but necessary. Organizational changes in a community based maternity care system during the first wave of the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis in the Netherlands. **PloSone**, v. 17, n. 3, 2022. Disponível em:<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0264311>>. Acesso em: 03 nov. 2022.

BARASAL, E. W.; CLOETE, K.; GILSON, L. From bouncing back, tonurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening; **Health Policy Plan.**, july, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1093/heapol/czx118>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEEN, J.V.; OCHOA, L.B.; BERTENS, L.C.; SCHOENMAKERS, S.; STEEGERS, E.A.; REISS, I.K. Impact of COVID-19 mitigation measures on the incidence of preterm birth: A national quasi-experimental study. **Med Rxiv**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/2020.08.01.20160077>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; SPIRI, W. C. A relevância da liderança frente à segurança do paciente no atual contexto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.29, 2021. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3484>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BERNARDINO, E.; NASCIMENTO, J. D. D.; RABONI, S. M.; SOUSA, S. M. D. Care management in coping with COVID-19 at a teaching hospital. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/9scPk59HP7V4pbdhMFnfMCQ/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BERTALANFFY, L.V. Teoria Geral dos Sistemas, 6ª edição, Petrópolis: Ed. Vozes, 2012  
BLITZ, M.J.; ROCHELSON, B.; MEIROWITZ, N.; PRASANNAN, L.; RAFAEL, T.J. et al. Maternal mortality among women with coronavirus disease 2019. **Am J Obstetr Gynecol**. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.020>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. Umuarama, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>>. Acesso em: 03 nov. 2021

BOZORGMEHR, K.; ZICK, A.; HECKER, T. Resilience of health systems: understanding uncertainty uses, intersecting crises and cross-level interactions. **Int J Health Policy Manag**, v.11, n.9, 2022. Disponível em: <[https://www.ijhpm.com/article\\_4269\\_b45c30f5226baa9feadb5213e43aec3.pdf](https://www.ijhpm.com/article_4269_b45c30f5226baa9feadb5213e43aec3.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRADFIELD, Z.; WYNTER, K.; HAUCK, Y.; SWEET, L. et al. COVID-19 vaccination perceptions and intentions of maternity care consumers and providers in Australia. **PloSone**, v.16, n.1, 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260049>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de COVID-19 no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <[doi.org/10.1590/interface.200762](https://doi.org/10.1590/interface.200762)>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Orientações para o manejo de pacientes com COVID-19**. Brasília, 2020e. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **ANVISA aprova por unanimidade o uso emergencial das vacinas**. 2021c. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/01/anvisa-aprova-por-unanimidade-uso-emergencial-das-vacinas>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota GVIMS/GGTES/ANVISA N° 05/2020. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (sars-cov-2)**. 2020d. Disponível em: <[https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvims-ggtesanvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-sarscov-2-ilpi?category\\_id=244](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvims-ggtesanvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-sarscov-2-ilpi?category_id=244)>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-. **Nota técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)**. Atualizada em 25/02/2021. 2021g. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.anvisa.ibict.br/jspui/handle/anvisa/36>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. ANVISA. GVIMS/GGTES/ANVISA. GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA. **Nota técnica nº 07/2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde.** 2021h. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.anvisa.ibict.br/jspui/handle/anvisa/362>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. ANVISA. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília: ANVISA, 2014a. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância das Síndromes Gripais. **Nota técnica nº 16/2022-Alerta acerca do aumento do número de casos de COVID-19 e circulação de novas linhagens da Variante de Preocupação (VOC) Ômicron, com ênfase nas sublinhagens BQ.1\*, BA.5.3.1.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-16-2022-cggripe-deidt-svs-ms/view>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

BRASIL. COFEN. **Brasil tem 30 mortes na Enfermagem por COVID-19 e 4 mil profissionais afastados.** 2020g. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/brasil-tem-30-mortes-na-enfermagem-por-COVID-19-e-4-mil-profissionais-afastados\\_79198.html](http://www.cofen.gov.br/brasil-tem-30-mortes-na-enfermagem-por-COVID-19-e-4-mil-profissionais-afastados_79198.html)>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Portaria GM/MS nº 13 de 13 de janeiro de 2023. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências.** Disponível em: <<https://www.conass.org.br/conass-informa-n-06-2023-publicada-a-portaria-gm-n-13-que-revoga-portarias-que-especifica-e-da-outras-providencias/>>. Acesso em: 07 fev. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 11 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Diário oficial da União: Brasília, 2012. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html)>. Acesso em: 12 ago. 2021.

BRASIL. COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Ciclos da Vida Coordenação de Saúde das Mulheres. **Nota técnica nº 12/2020 - Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.** Brasília, 2020c. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/505116/>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução Nº 63 de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. 2011 Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html)>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 20 volume 51**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher. 2020b. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/8736#:~:text=O%20Brasil%20conseguiu%20reduzir%20em,anterior%20era%20de%2064%2C5>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde. MS/CNS. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016** - dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica nº 1/1996. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 08 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº188 de 03 de fevereiro de 2020: Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)**. [Internet]. 2020f. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/manual-instrutivo-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-da-COVID-19/view>>. Acesso em: 12 out. 2021.

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**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021f. Disponível em: <[http://sogirgs.org.br/pdfs/manual\\_assistencia\\_gestante\\_2021.pdf](http://sogirgs.org.br/pdfs/manual_assistencia_gestante_2021.pdf)>. Acesso em: 07 fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota técnica nº 1217/2021- plano nacional de expansão da testagem para COVID-19 e orientações acerca dos dois tipos de teste rápido de antígeno para detecção do SARS-CoV-2 distribuídos pelo Ministério da Saúde.** 2021i. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2021/sei\\_ms-0023072995-nota-tecnica\\_plano-de-expansao-da-testagem.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2021/sei_ms-0023072995-nota-tecnica_plano-de-expansao-da-testagem.pdf/view)>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. **Portarianoº 454, de 20 de março de 2020** - Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). 2020. Disponível: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt454-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm)>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. OPAS/ CONASS/OMS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção COVID-19: Principais elementos.** 2021e. Disponível em: <<https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/COVID-19-volume1.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** 2011 Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União, 2011. Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351\\_05\\_10\\_2011.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.htm)>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. SUS- Sistema Único de Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS/96. 1986** Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#3>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL.CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota técnica nº 467/2021.** 2021b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/27/nota-tecnica-467-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL/CONEP. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício circular nº 2 de 24 de fevereiro de 2021. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.** 2021d. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2005.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V.; TERRY, G. Thematic analysis. In A. Lyons, & P. Rohleder (Eds.), **Qualitative Research in Clinical and Health Psychology**. Palgrave, MacMillan, 2014

CABRAL, M.F.C.T; VIANA, A.L.; GONTIJO, D.T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro: v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/JPTZR9rSDtFP3TwQFjGLfkP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 set. 2021.

CARDOSO, L.S.P.; SILVA, A.A.S.; MARA JULYETE ARRAES JARDIM, M.J. Atuação do núcleo de segurança do paciente no enfrentamento da COVID-19 em uma unidade hospitalar. **Enferm. Foco**, v.11, n.1, p.217-222, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3782>>. Acesso em: 12 out. 2021.

CARMO, J.M.A. **Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica**. [dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/BUOS-B2ZHK6>>. Acesso em 20 ago. 2021.

CATANIA, G.; ZANINI, M.; HAYTER, M; TIMMINS, F. et al. Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. **Journal of nursing management**, v. 29, n. 3, p. 404-411, 2021. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13194>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Overview of Testing for SARS-CoV-2 (COVID-19)**. 2021. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19**. Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/>. Acesso em: 02 jun. 2022

CHEN, N.; ZHOU, M.; DONG, X.; QU, J. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **Lancet**, v. 395, p. 507- 513, 2020. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930211-7>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CHEN, X.; TIAN, J.; LI G.; LI, G. Initiation of a new infection control system for the COVID-19 outbreak. **Lancet Infect Dis.**, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30110-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30110-9)>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CHENEY, C. Coronavirus care rationing: 'it's not just about ventilators. **Patient Safety & Quality Healthcare** [Internet], Disponível em: <<https://www.psqh.com/news/coronavirus-care-rationing-its-not-just-about-ventilators/>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 9. ed., Ed. Rio de Janeiro: Manole, 2014

CHOI, T.Y.; DOOLEY, K.J.; RUNGTUSANATHAM, M. Supply networks and complex adaptive systems: control versus emergence. **Journal of Operations Management**, v. 19, n.3, p. 351-366, 2001. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272696300000681>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 734-741, 2012.

CLEMENS, M. **Characteristics of complex systems**. In: MALDONADO, C. E.; CRUZ, N. G. When Management Encounters Complexity. Bogotá: Editorial Universidad de Rosario, 2012.

COELHO, S.M.S.; MENDES, I.M.D.M. Da pesquisa à prática de enfermagem: aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro: v.15, n. 4, p. 845-850, out-dez, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Observatório da Enfermagem**. Profissionais infectados por COVID-19 informado pelo serviço de saúde. Disponível em: <<http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

COPELLI, F.H.S.; OLIVEIRA R.J.T.; OLIVEIRA, C.M.S.; MEIRELLES BHS, et al. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. **Aquichan**, n. 16, n.4, p. 501-512, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.8>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

COSTA, B.R.L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **RIGS revista interdisciplinar de gestão social**, v. 7 n. 1, jan./abr, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649/16131>>. Acesso em: 10 out. 2022.

CROWTHER, S.; MAUDE, R.; ZHAO, I. Y.; BRADFORD, B. et al. New Zealand maternity and midwifery services and the COVID-19 response: A systematic scoping review. **Women and Birth**, 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519221000871>>. Acesso em: 10 out. 2022.

DAVIS-FLOYD, R.R.; GUTSCHOW, K. Editorial: The Global Impacts of COVID-19 on Maternity Care Practices and Childbearing Experiences. **Frontiers in Sociology**, v.6, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.721782/full>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DAVIS-FLOYD, R.; GUTSCHOW, K.; SCHWARTZ, D. A. Pregnancy, birth and the COVID-19 pandemic in the United States. **Medical anthropology**, v. 39, n. 5, p. 413-427, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>>. Acesso em: 10 out. 2021.

DELGADO, D.; QUINTANA, F. W.; PEREZ, G. et al. Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph17082798>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DEYOUNG, S.E.; MANGUM, M. Pregnancy, Birthing, and Postpartum Experiences During COVID-19 in the United States. **Frontier in sociology**, v. 6, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.611212/full>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DIAS, C. F. C.; RABELO, S. K.; LIMA, S. B. S.; SANTOS, T. M. et al. Gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 5980-5986, 2021. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/26695>>. Acesso em: 10 out. 2021.

DIOP, N.; KAMAL, M.; RENAUD, M.; NAFFA, S. COVID-19 and beyond: how lessons and evidence from implementation research can benefit health systems' response and preparedness for COVID-19 and future epidemics. **Fam. Med Com Health**, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8450965/>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, p. 1743-1748, 1988

DONALDSON, M. S.; CORRIGAN, J. M.; KOHN, L. T. **To err is human: building a safer health system**. 2000.

EVANS, K.; JANISZEWSKI, H.; EVANS, C.; SPIBY, H. Establishing information needs and research priorities in response to the COVID-19 pandemic in the local maternity setting. **Midwifery**. Apr, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102922>>. Acesso em 28 nov. 2021

FELICE, B. E. L.; WERNECK, A. L.; FERREIRA, D. L. M. Competências de enfermeiros nos serviços hospitalares para uma gestão efetiva da saúde no contexto de uma pandemia. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 11, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19393. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19393>>. Acesso em: 10 out. 2022.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M.. O trabalho gerencial em enfermagem. **Gerenciamento em enfermagem**, 2010.

FERNANDES, A.G.O.; SILVA, T.C.R. War against the COVID-19 pandemic: reflection in light of Florence Nightingale's nursing theory. **Rev. Bras. Enf.** v.73, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0371>>. Acesso em: 10 out. 2022.

FERREIRA, P. **Tracing Complexity Theory. In: Research Seminar in Engineering Systems, Pittsburgh.PA:** Carnegie Mellon University, p. 1-26, 2001. Disponível em: <[https://courses.edx.org/c4x/DelftX/NGI101x/asset/NGI\\_2\\_Readings\\_TracingComplexityTheory.pdf](https://courses.edx.org/c4x/DelftX/NGI101x/asset/NGI_2_Readings_TracingComplexityTheory.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2022.

FERREIRA, V. H. S.; TEIXEIRA, V. M.; GIACOMINI, M. A.; ALVES, L. R. et al. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/bNCNmx8B8fZFyWZfCG9WLm/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2022.

FINSET, A.; BOSWORTH, H.; BUTOW, P.; GULBRANDSEN, P. et al. Effective health communication—a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. **Patient education and counseling**, v. 103, n.5, p. 873, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7180027/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

FRANCISCO, R.P.; VIEIRA, L.L.; RODRIGUES, A.S. **Obstetric Observatory Brazil-COVID-19:** 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. 2021. Disponível em: <[https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid\\_gesta\\_puerp\\_br/](https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/)>. Acesso em: 10 out. 2022.

FRANCISCO, R.P.; VIEIRA, L.L.; RODRIGUES, A.S. **Obstetric Observatory Brazil-COVID-19:** 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. 76, e3120, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e3120>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GAMA, Z.A.S. **Impacto da cultura de segurança do paciente na resposta à COVID-19. In: BRASIL. CONASS. Principais Elementos. Série CONASS, Coleção COVID-19.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 226-240. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GAN, I. How do nurse managers describe clinical nurses' work arrangements? A qualitative study. **Nursing Open**, v.7, p.160-169, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/nop2.374>>. Acesso em: 28 nov. 2021

GAO, X.; JIANG, L.; HU, Y.; LI, L.; HOU, L. Nurses' experiences regarding shift patterns in isolation wards during the COVID-19 pandemic in China: a qualitative study. **J ClinNurs**, v. 29, n. 21/22, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jocn.15464>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

GELL-MANN, M. **O Quark e o Jaguar: as aventuras no simples e no complexo.** Tradução: Alexandre Tort. Rio de Janeiro: ROCCO, 1996

GEORGE, E. K.; WEISETH, A.; EDMONDS, J. K. Roles and experiences of registered nurses on labor and delivery units in the United States during the COVID-19 pandemic. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 50, n. 6, p. 742-752, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.08.096>>. Acesso em: 10 out. 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.) **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009

GILDNER, T. E.; THAYER, Z. M. Maternal and child health during the COVID-19 pandemic: Contributions in the field of human biology. **American Journal of Human Biology**, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7461037/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GODOI, A.P.N.; BERNARDES, G.C.S.; NOGUEIRA, L.S.; ALPOIM, P.N.; PINHEIRO, M.B. Clinical Features and Maternal-fetal Results of Pregnant Women in COVID-19 Times. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 43 n. 4, p.384-394. Maio, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0041-1729145>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

GONZÁLEZ, A. M.; PINTO, P. H.; MALDONADO, S.; VILLALOBOS, I.; SIERRA, N., et al. Análisis del protocolo de atención a las gestantes COVID y detección de puntos de mejora aplicando metodología de simulación clínica. **Revista española de anestesiología y reanimación**, v. 67, n. 9, p. 487-495, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.07.010>>. Acesso em: 10 out. 2021.

GONZALO, L.; SADLER, M.; LÓPEZ, C.; QUEZADA, S.; FLORES, V. et al. Protecting Women's and Newborns' Rights in a Public Maternity Unit During the COVID-19 Outbreak: The Case of Dra. Eloísa Díaz - La Florida Hospital in Santiago, Chile. **Frontiers in Sociology**, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.614021/full>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GOODMAN, L.A. **snowball sampling**. **Annals of mathematical statistics**. v.32, p.148-170, 1961. Disponível em:<<https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GRÜNEBAUM, A., MCCULLOUGH, L.B., LITVAK, A., CHERVENAK, F.A. Inclusion of pregnant individuals among priority populations for COVID-19 vaccination for all 50 US States. **Am J Obstet Gynecol**, p. 536-539, 2021. Disponível em: <[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)00081-8/fulltext/](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)00081-8/fulltext/)>. Acesso em: 10 out. 2022.

GUTSCHOW, K.; DAVIS-FLOYD, R. The Impacts of COVID-19 on US Maternity Care Practices: A Followup Study. **Frontiers in Sociology**, v. 6, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2021.655401>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

HALLAL P.C.; VICTORA, C.G. Overcoming Brazil's monumental COVID-19 failure: an urgent call to action. **Nat Med**, v.27, n. 6, 2021. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01353-2>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

HANTOUSHZADEH, S.; BAGHERI, M; AMJADI, M.A. FARAHANI, M.F.; HAGHOLLAHI, F. Experiences of health care providers on pregnancy and childbirth care

during the COVID-19 pandemic in Iran: a phenomenological study. **BMC Pregnancy Childbirth**. Oct., v. 3, n. 21, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-021-04148-y>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

HANTOUSHZADEH, S.; SHAMSHIRSAZ, A.A.; ALEYASIN, A.; SEFEROVIC, M.D.; ASKI, S.K. et al. Maternal death due to COVID-19. **Am J ObstetGynecol**. v. 223, n. 1, jul. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.030>>. Acesso em: 28 nov. 2021

HENRIQUES, C.M.P; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Estudos Avançados**, v.34, n.99, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/BWWTW6DL7CsVWyrqcMQYVkB/?format=pdf&lang>>. Acesso em: 10 out. 2022.

HERMAN, H; CASTRO, G.; FLETCHER, M.; HATLIE, M., HIBBERT, P.; JAKOB R. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. **Int J Qual Health Care**, v. 21 n.1, 2009.

HOLLAND, J. H. **Hidden order: how adaptation builds complexity**. Helix Books, 1996.

IORGA, M.; SOPONARU, C.; SOCOLOV, R. V.; CĂRĂULEANU, A.; SOCOLOV, D. G. How the sars-cov-2 pandemic period influenced the health status and determined changes in professional practice among obstetrics and gynecology doctors in Romania. **Medicina**, v. 57, n. 4, p. 325, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/medicina57040325>>. Acesso em: 10 out. 2021.

IQG. Instituto Qualisa de Gestão. Health Services Accreditation. **Boas práticas de comunicação durante a pandemia**. 2021. Disponível em: <<https://iqg.com.br/2020/04/13/boas-praticas-de-comunicacao-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 10 out. 2022.

JACQUES, N.; SILVEIRA, M. F. D.; HALLAL, P. C.; MENEZES, A. et al. Uso de máscara durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: resultados do estudo EPICOID19-BR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00271921, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2022.v38n6/e00271921/pt/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

JOHN, J. R.; CURRY, G.; CUNNINGHAM-BURLEY, S. Exploring ethnic minority women's experiences of maternity care during the SARS-CoV-2 pandemic: a qualitative study. **BMJ open**, v. 11, n. 9, 2021. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e050666.abstract>>. Acesso em: 10 out. 2022.

JONES, P.H. **A preliminar model of organizational complexity: Optimizing chãos organizations**. The Unio Institute, 1997

KACKIN, O.; CIYDEM, E.; ACI, O.S.; KUTLU, F.Y. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: a qualitative study. **International Journal of Social Psychiatry**. v. 67, n.2, p.158-67, 2021. 67(2):158–67. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0020764020942788>> Epub 2020 Jul 16. PMID: 32674644>. Acesso em: 10 out. 2022.

KAMEROW, D. COVID-19: the crisis of personal protective equipment in the US. **BMJ**, 2020 Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.m1367>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

KANG, H. S.; SON, Y.; KIM, M. J.; CHAE, S. M. Experiences of nurses caring for perinatal women and newborns during the COVID-19 pandemic: A descriptive qualitative study. **Nursing Open**, v. 8, n. 6, p. 3358-3365, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/nop2.881>>. Acesso em: 10 out. 2021.

KAYIGA, H.; GENEVIVE, D. A.; AMUGE, P. M.; SSEMATA, A. S., NANZIRA, R. S. et al. Lived experiences of frontline healthcare providers offering maternal and newborn services amidst the novel corona virus disease 19 pandemic in Uganda: A qualitative study. **PloSone**, v. 16, n. 12, 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0259835>>. Acesso em: 10 out. 2022.

KELLY, S.; ALLISON, M. A. *The complexity Advantage*. **McGraw-Hill**, New York, 1998

KHALIL, A.; VON DADELSZEN, P.; DRAYCOTT, T.; UGWUMADU, A.; O'BRIEN, P., MAGEE, L. et al. Change in the Incidence of Stillbirth and Preterm Delivery During the COVID-19 Pandemic. **JAMA**. v. 324, n.7, p.705-706, 2020 Disponível em:< <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12746>>. Acesso em: 10 out. 2022.

KHAN, S.; VANDERMORRIS, A.; SHEPHERD, J.; BEGUN, J. W. et al. Embracing uncertainty, managing complexity: applying complexity thinking principles to transformation efforts in healthcare systems. **BMC Health Services**, n.192, 2018. Disponível em: <<https://doi.10.1186/s12913-018-2994-0>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

KIM, M. S.; SEONG, D.; LI, H.; CHUNG, S. K. et al. Comparative effectiveness of N95, surgical or medical, and non-medical facemasks in protection against respiratory virus infection: A systematic review and network meta-analysis. **Reviews in Medical Virology**, v.32, n.5, 2022. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/rmv.2336>>. Acesso em: 10 out. 2022.

KNIGHT, M., BUNCH, K., VOUSDEN, N., MORRIS, E., SIMPSON, N. et al. Characteristics and Outcomes of Pregnant Women Admitted to Hospital with Confirmed SARS-CoV-2 Infection in UK: National Population Based Cohort Study. **BMJ**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.m2107>>. Acesso em: 10 out. 2022.

KLOTAR, B.; GERSON, E.; PETRILLO, S.; LANGER, A.; TIEMEIER, H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. **Reprod Health**. v.18, n.10, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

KOVACIC, Z. Investigating science for governance through the lenses of complexity. **Futures**, v. 91, p.80- 83, 2017

KUHN, T. S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 13ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2018

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 7. ed. 3 reimp. São Paulo: Atlas, 2016.

LALOR J.; AYERS S.; CELLEJA AGIUS J.; DOWNE S.; GOUNI O.; HARTMANN K., et al. Balancing restrictions and access to maternity care for women and birthing partners during the COVID-19 pandemic: the psychosocial impact of suboptimal care. **BJOG**, v. 128, n.11, p.1720-1725, 2021. Disponível em:

<<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.16844>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

LAND, A.G. **Modelo de adaptação evolucionária da vantagem da complexidade: um estudo de caso em uma escola técnica de saúde**. [dissertação] 146f. Universidade Federal de Paraíba. João Pessoa: 2011

LEITE, M.S.A. **Proposta de uma modelagem de referência para representar sistemas complexos**. [Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2004

LEIVA, G.; SADLER, M.; LÓPEZ, C.; QUEZADA, S. et al.

Protecting Women's and Newborns' Rights in a Public Maternity Unit During the COVID-19 Outbreak: The Case of Dra. Eloísa Díaz-La Florida Hospital in Santiago, Chile. **Frontiers in Sociology**, v. 6, p. 614021, 2021. Disponível em:

<<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.614021/full>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LEUNG, C.; OLUFUNLAYO, T.; OLATEJU, Z.; MACARTHUR, C. et al. Perceptions and experiences of maternity care workers during COVID-19 pandemic in Lagos State, Nigeria; a qualitative study. **BMC health services research**, v. 22, n. 1, p. 1-14, 2022. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-022-08009-y>>. Acesso em: 10 out. 2022.

LIESE, K., DAVIS-FLOYD, R.; CARTER, K.; CHEYNEY, M. Obstetric Iatrogenesis in the United States: The Spectrum of Disrespect, Violence, and Abuse. **Anthropolo. Med.in press**, v. 28, n. 2, p. 188-204, 2021. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1938510>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

LIMA, J, Y. S.; SALDANHA, J.E.; CAVALCANTE, K. O.; FERNANDES, L.L.F.M.; HOLANDA, T.I.S. Aplicação do gerenciamento de enfermagem para a qualificação da assistência em saúde. **Interação**, Curitiba, abr./jun., v. 21, n. 2, p. 140-159, 2021. Disponível em: <<https://doi.10.53660/inter-93-s110-p140-159>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

LIU, Q.; LUO, D.; HAASE, J.E.; GUO, Q., WANG, X.Q., LIU, S. et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. **Lancet Glob Health**. v.6, n.6, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)>. Acesso em: 10 out. 2022.

LOBE, B.; MORGAN, D.; HOFFMAN, K.A. Qualitative data Collection in an era of Social Distancing. **International Journal of Qualitative Methods**. January, 2020. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1609406920937875>>. Acesso em: 10 out. 2022.

LOCKS, L.; LACERDA, J.T.; GOMES, E.; TINE, A.C.P.S. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. **Rev. gaúch. enferm.**, v.32, n.3, 569-575, 2011. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472011000300019](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000300019)>.

Acesso em: 10 out. 2022.

LOKKEN, E.M., WALKER, C.L, DELANEY S, KACHIKIS A, et al. Clinical characteristics of 46 pregnant women with a severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in Washington State. **Am J Obstet Gynecol.**v. 223, n. 6, dec, 2020. Disponível em:

<<https://doi.10.1016/j.ajog.2020.05.031>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

LOPES, M.C. **Complex View: um framework para a produção de jogos de empresas aplicados ao desenvolvimento de liderança com base na complexidade.** [tese]

Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2011.

LUKOSEVICIUS, A.P.; MARCHISOTTI, G.G; SOARES, C.A.P. Panorama da complexidade: principais correntes, definições e constructos. **Sistemas & amp. Gestão**, v. 11, n. 4, p. 455–465, 2017. DOI: 10.20985/1980-5160.2016.v11n4.1157. Disponível em:

<<https://www.revistasg.uff.br/sg/article/view/1157>>. Acesso em: 10 out. 2022.

MANEN, E.L.V.; HOLLANDER, M.; FEIJEN-DE JONG, E.; DE JONGE, A., et al.

Experiences of Dutch maternity care professionals during the first wave of COVID-19 in a community based maternity care system. **PloSone**, v. 16, n. 6, 2021. Disponível em: <

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-022-08009-y>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

MARQUES, L. C.; LUCCA, D.C.; ALVES, E.O.; FERNANDES, G.C.M.; NASCIMENTO, K.C. COVID-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2020 Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119>>. Acesso em: 10 out. 2021.

MEGHAN A BOHREN, M.A.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R. K.;

ANNA CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. 2017. **Cochrane Library**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full?cookiesEnabled>>.

Acesso em: 28 nov. 2021.

MENDES K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Florianópolis:

Texto & Contexto; v. 17, n.4, p.758-764, 2008. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 10 out. 2022.

MENEZES, M.O.; ANDREUCCI, C.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M., et al. Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n.8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164820>>.

Acesso em: 10 out. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2007.

MITLETON-KELLY, E. **Complex systems and evolutionary perspectives on organizations: the application of complexity theory to organizations**. Amsterdam: Pergamon, 2003

MOURA, E. C.; CORTEZ-ESCALANTE, J.; CAVALCANTE, F. V.; BARRETO, I. C. D. H. C.; SANCHEZ, M. N., et al. Covid-19: temporal evolution and immunization in the three epidemiological waves, Brazil, 2020–2022. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004907>>. Acesso em: 10 out. 2022.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a forma, reformar o pensamento**. 22ª ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil; 2015b

MORIN, E. **É hora de mudarmos de via: as lições do coronavírus**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2021

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2015a  
MORORÓ, D.D.S.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B.C.; SILVA, C.M.B. et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 3, p.323-332, mai./jun. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>>. Acesso em: 21 out. 2021.

MOUTA, R. J. O.; PRATA, J. A.; SILVA, S. C. D. S. B.; ZVEITER, M. et al. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para o cuidado seguro às parturientes e aos neonatos no contexto da pandemia COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e27985362-e27985362, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5362>>. Acesso em: 10 out. 2021.

NALUMANSI, A.; LUTALO, T.; KAYIWA, J.; WATERA, C. et al. Field evaluation of the performance of a SARS-CoV-2 antigen rapid diagnostic test in Uganda using nasopharyngeal samples. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 104, p. 282-286, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S120197122032275X>>. Acesso em: 10 out. 2022.

NASCIMENTO LCN, SOUZA TV, OLIVEIRA ICS, MORAES JRMM, AGUIAR RCB, SILVA LF. Theoretical saturation In qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev bras Enferm**. 2018;71(1):228-33. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>>. Acesso em: 10 out. 2022.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. National Health Service: seven steps to patient safety National: full reference guide. **Pacient safet agency**, 2004

OLIVEIRA, K.T.; SOUSA, J.F.; VANESSA DE OLIVEIRA, V.O. et al. Principais medidas tomadas para a mudança dos processos assistenciais durante a pandemia por COVID-19. **Enferm. Foco**. V, 11, n. 1, p. 235-238. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3764>>. Acesso em: 10 out. 2022.

OLUWASOLA, T.A.O.; BELLO, O.O. COVID-19 and its implications for obstetrics and gynecology practice in Africa. **PAN África Medical Journal**, v. 38, n. 15. Jan, 2021. DOI: 10.11604/pamj.2021.38.15.25520

ONU. **Organização das Nações Unidas**. A COVID-19 suspendeu serviços de planejamento familiar para 12 milhões de mulheres. **Disponível em:** <<https://news.un.org/pt/story/2021/03/1744342>>. Acesso em: 10 out. 2022.

OPARAH, J.C; JENNIFER E. JAMES, J.E.; BARNETT, D.; LINDA MARIE JONES, L.M.; MELBOURNE, D.; PEPRAH, S.; WALKER, J.A. Creativity, Resilience and Resistance: Black Birthworkers' Responses to the COVID-19 Pandemic. **Frontiers in Sociology**, v. 6, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.636029/full>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

OPAS/BRA. Institucional Repository for informationSharing. **Chega ao Brasil o primeiro lote dos 10 milhões de testes comprados pelo Ministério da Saúde via OPAS**. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt>>. Acesso em: 10 out. 2022.

OPAS. OPS. OrganizaciónPanamericana de laSalud.. **Análisis comparado del marco jurídico sobre Calidad de laAtención y Seguridaddel Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea**. Washington, DC: OPS, 2012.

OPAS. Pan American Health Organization.World Health Organization.**27th Pan American Sanitary Conference. CSP27R10. 59th Session of the Regional Committee**.October, 2007.Disponível em: <<https://www3.paho.org/english/gov/csp/csp27-03-e.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2022.

OPAS/BRA. **Relatório Anual 2020: Saúde Universal e a Pandemia – Sistemas de Saúde Resilientes**. Institucional Repository for informationSharing, 2021b. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54862>>. Acesso em: 10 out. 2022.

OPAS/BRA. Organização Pan-americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção COVID-19: Principais elementos**– Brasília, DF: 2021b.

OPAS/OMS. **Atualização epidemiológica: Doença causada pelo coronavírus (COVID-19)**. Maio de 2021, Washington, 2021a. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/brasil>>. Acesso em: 10 out. 2022.

PADOVANI, C.; SILVA, J. P. F.; DANTAS, L. S.; RISSARDO, L. K. et al. Determinantes da assistência materno-infantil segura a luz de evidências científicas: uma revisão integrativa. **Nursing**, v. 21, n. 247, p. 2524-2530, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/nursing.2018v21i247p2524%20-%202530>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

PAES, L. B. D. O., SALIM, N. R., STOFEL, N. S. et al. Mulheres e COVID-19: reflexões para uma atenção obstétrica baseada nos direitos sexuais e reprodutivos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, supl. 1, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/RxqVrgpCfMnYmx3qztNyZRP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2022.

PALLANGYO, E.; NAKATE, M. G.; MAINA, R.; FLEMING, V. The impact of COVID-19 on midwives' practice in Kenya, Uganda and Tanzania: A reflective account. **Midwifery**, v.89, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC72>>. Acesso em: 10 out. 2022.

PANAGIOTAKOPOULOS, L.; MYERS, T.R; GEE1, J.; LIPKIND, H.S.; KHARBANDA, E.O.; 3; DENISON S. RYAN, D.S et al. SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women: Reasons for admission and pregnancy characteristics—Eight US health care centers, March 1–May 30, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report: MMWR**, p. 69, 2020. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7727498/>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

PIMENTA, C. A. D. M.; PASTANA, I. C. A.; SICHIERI, K.; SOLHA, R. K. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. In: **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. 2015. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837122>>. Acesso em: 10 out. 2022.

POLLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONCHIROLLI, O. Teoria da complexidade e as organizações. **Diálogo Educ.**, v.7, n. 22, p.81-100, 2007

POORTAGHI, S.; SHAHMARI, M.; GHOBADI, A. Exploring nursing managers' perceptions of nursing workforce management during the outbreak of COVID-19: a content analysis study. **BMC Nursing**, v. 20, n. 2, 2021. Disponível em:<<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00546-x>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

PRADO, P.R.; VENTURA, C.A.A.; RIGOTTI, A.R.; REIS, R.K.; ZAMARIOLI, C.M., SOUZA, F.B.; GIMENES, F.R.E. Vinculando a segurança do profissional à segurança do paciente: recomendações e questões bioéticas para o cuidado de pacientes na pandemia da COVID-19. **Texto Contexto Enferm**, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020->>. Acesso em: 10 nov. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Decreto Rio nº 49286 de 17 de agosto de 2021**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da vacinação contra COVID-19 no âmbito da Administração Municipal e dá outras providências. Disponível em:

<[https://doweb.rio.rj.gov.br/apifront/portal/edicoes/imprimir\\_materia/753732/5058](https://doweb.rio.rj.gov.br/apifront/portal/edicoes/imprimir_materia/753732/5058)>. Acesso em: 28 out. 2022

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Decreto Rio nº 50308 de 07 de março de 2022**. Dispõe sobre as medidas emergenciais restritivas, de caráter excepcional e temporário, destinadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, e dá outras providências. Disponível em:

<[https://doweb.rio.rj.gov.br/apifront/portal/edicoes/imprimir\\_materia/809654/5275](https://doweb.rio.rj.gov.br/apifront/portal/edicoes/imprimir_materia/809654/5275)>. Acesso em: 14 abr. 2022

PYPE, P.; MERTENS, F.; HELEWAUT, F. et al. Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. **BMC Health Serv. Res.** v. 18, n.1, 2018. Disponível em: <<https://doi.10.1186/s12913-018-3392-3>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RAMOS, E. C. M. O que é a ciência do espaço em Lefebvre? Desdobrando sua genealogia espacial. **GEOUSP**, v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geosp.2021.181965>>. Acesso em: 10 out. 2022.

RASMUSSEN, S.A.; JAMIESON, D.J. Pregnancy, postpartum care, and COVID-19 vaccination in 2021. **JAMA**, v. 325, n. 11, 2021. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2776447/>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RASMUSSEN, S.A.; KELLEY, C.F.; HORTON, J.P.; JAMIESON, D.J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccines and pregnancy: what obstetricians need to know. **Obstet. Gynecol.**, v. 137, n. 3, p. 408-414, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7884084/>>. Acesso em: 10 out. 2022.  
RASMUSSEN, S.A.; SMULIAN, J.C.; LEDNICKY, J.A.; WEN, T.S.; JAMIESON, D.J. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. **Am J Obstet. Gynecol.**, v. 222, n. 5, p.415-426, 2020. Disponível em: <[doi:10.1016/j.ajog.2020.02.017](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017)>. Acesso em: 10 out. 2022.

RASTOGI, S. Simulations of deliveries of SARS-CoV-2 positive pregnant women and their newborn babies: Plan to implement a complex and ever-changing protocol. **American journal of perinatology**, v. 37, n. 10, p. 1061-1065, 2020. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1713602>>. Acesso em: 10 out. 2021.

RCOG. Royal College of Obstetricians &Gynaecologists. **Infection in Pregnancy Information for health care professionals**. 2021. Disponível em: <[rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-03-coronavirus-COVID-19-infection-in-pregnancy.pdf](https://rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-03-coronavirus-COVID-19-infection-in-pregnancy.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2022.

RCOG.Royal College of Obstetricians and Gynecologists Coronavirus (COVID-19). **Infection in Pregnancy Information for healthcare professional**. 2020. Disponível em: <<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-05-13-coronavirus-COVID-19-infection-in-pregnancy.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2022.

REBELO, L.M.B. **A dinâmica do processo de formação de estratégias de gestão em universidades: a perspectiva da teoria da complexidade**. [tese]. Centro Tecnológico. Universidade Federal de Santana Catarina: Florianópolis, 275 p., 2004

REED, J.E.; HOWE, C.; DOYLE, C.; BELL, D. Successful Health care Improvements From Translating Evidence in complex systems (SHIFT-Evidence): simple rules to guide practice and research. **International Journal for Quality in Health Care**, v.31, n.3, p.238-244, 2019. Disponível em :<<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy160>>. Acesso em: 10 out. 2022.

REIS, L. M.; LAGO, P. N.; CARVALHO, A. H.S; NOBRE, V. N. N. et al. Atuação da enfermagem no cenário da pandemia COVID-19. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 269, p. 4765-4772, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4765-4772>>. Acesso em: 10 out. 2022.

RENFREW, M.J.; CHEYNE, H.; CRAIG, J.; DUFF, E.; DYKES, F.; HUNTER, B.; LAVENDER, T.; PAGE, L.; ROSS-DAVIE M, SPIBY H, DOWNE S. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. **Midwifery**. Sep, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RIBOLI, E.; ARTHUR, J.P.; MANTOVANI, M.D. F. No epicentro da epidemia: um olhar sobre a COVID-19 na Itália. **Cogitare enferm.**, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096335>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RIVERA, M. Transitions in Black and Latinx Community-Based Doula Work in the US During COVID-19. **Frontiers in Sociology**, v. 6, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2021.611350>>. Acesso em: 28 nov. 2021.  
RODRIGUES, G. T.; PEREIRA, A. L. D. F.; PESSANHA, P. D. S. A.; PENNA, L. H. G. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. *Escola Anna Nery*, v. 25, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/87PT7TjHdqWGkWHzxK8F8Zv/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2022.

ROMEY-LABAYEN, M.; TORT-NASARRE, G.; ALVAREZ, B.; SUBIAS-MIQUEL, M. et al. Spanish nurses' experiences with personal protective equipment and perceptions of risk of contagion from COVID-19: A qualitative rapid appraisal. **Journal of clinical nursing**, v. 31, n. 15-16, p.2154-2166, 2022. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16031>>. Acesso em: 10 out. 2022.

RUDRUM, S. Pregnancy During the Global COVID-19 Pandemic: Canadian Experiences of Care. **Frontiers in Sociology**, v.6, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.611324>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RUOFF, A.B.; ANDRADE, S.R. SCHIMITT, M.D. Activities developed by the committees of prevention of infant and fetal deaths: integrative review. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 1, mar, 2017. Disponível em: <doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.67342>>. Acesso em: 10 out. 2022.

SACCONE, G.; FLORIO, A.; AIELLO, F., VENTURELLA, R.; DE ANGELIS, M.C.; LOCCI, M.; BIFULCO, G.; ZULLO, F.; SARDO, A.D. Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. **Am J Obstetr. Gynecol.** 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.003>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SAVASI, V.M.; PARISI, F.; PATANÈ, L.; FERRAZZI, E.; FRIGERIO, L., PELLEGRINO, A. et al. Clinical findings and disease severity in hospitalized pregnant women with coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Obstetr Gynecol**, v. 136, n.2, p.252-258, 2020. Disponível em: <[https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/08000/Clinical\\_Findings\\_and\\_Disease\\_Severity\\_in.6.aspx?context=LatestArticles](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/08000/Clinical_Findings_and_Disease_Severity_in.6.aspx?context=LatestArticles)>. Acesso em: 10 out. 2022.

SAYNISCH, M. Mastering complexity and changes in projects, economy, and society via project management second order. **Project Management Journal**, v.41, n.5, p. 4- 20, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pmj.20167>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada**. 2020. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

SCHELER, C.A; DISCACCIATI, M.G; VALE, D.B.; LAJOS, G.J; SURITA, F.; TEIXEIRA, J.C. Mortalidade na gravidez e no puerpério em mulheres com síndrome do desconforto respiratório agudo grave relacionada à COVID-19 no Brasil. **Int J Gynecol. Obstet.**, p. 475-482, 2020. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13804>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C.A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **Rev. família, ciclos de vida e saúde no contexto social (REFACS)**, v. 8 n. 4, out/dez, 2020. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4877>>. Acesso em: 28 out. 2021.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

SEMAAN, A.T.; AUDET, C.; HUYSMANS, E.; AFOLABI, B.B. et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. **BMJ Global Health.**, v.5, n.6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002967>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SHCHELKANOV, M.Y.; POPOVA, A.Y.; DEDKOV, V.G.; AKIMKIN V.G.; MALEYEV, V.V. History of investigation and current classification of coronaviruses (Nidovirales: Coronaviridae). **Russian Journal of infection and immunity**, v.10, n. 2, p.221-246, 2020. Disponível em: <[https://www.iimmun.ru/iimm/article/view/1412?locale=en\\_US](https://www.iimmun.ru/iimm/article/view/1412?locale=en_US)>. Acesso em: 10 out. 2022.

SHEIL, O.; MCAULIFFE, F.M. Reorganisation of obstetric services during the COVID pandemic - Experience from National Maternity Hospital Dublin Ireland. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 73, apr, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.03.013>>. Acesso em 28 nov. 2021.

SIDIGI, H.K.; MEHRA, M.R. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical–therapeutic staging proposal. **J Heart Lung Transplant**, v. 39, n. 5, p.405-407, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118652/>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SILVA, R. A.; MORAES, W. F. A. A evolução do modelo de uppsala à luz da abordagem dos sistemas adaptativos complexos. **Internext**, v. 8, n. 3, p. 63-80, 2013. Disponível em: <<https://internext.espm.br/internext/article/view/205>>. Acesso em: 10 out. 2022.

SILVA, S. C. **Percepções das profissionais da saúde acerca da cultura de segurança do paciente na internação obstétrica.** [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, 2018

SILVA, T. F. O paradigma científico: entre construções e rupturas. **Rev. Espaço Acadêmico**, v. 16, n. 180, p. 122-134, maio, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/29705>>. Acesso em: 10 out. 2022.

SILVERIO, S. A.; DE BACKER, K.; EASTER, A.; VON DADELSZEN, P., et al. Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: a qualitative investigation. **Midwifery**, v. 102, p. 103116, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103116>>. Acesso em: 10 out. 2021.

SIQUEIRA, L.G.; SANTOS, J. G.; BEZERRA, N. A.; NUNES, R. L. N. et al. Saberes e atuação dos profissionais da enfermagem de uma maternidade pública frente à pandemia da COVID-19: Knowledge and performance of nursing professionals of a public maternity before the COVID-19 pandemic. **Brazilian Journal of Development**, p. 59593-59608, 2022. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/51552>>. Acesso em: 10 out. 2022.

SIQUEIRA, T.S.; SILVA, J.R.S.; SOUZA, M.D.R.; LEITE D.C.F.; EDWARDS T., MARTINS-FILHO P.R.; GURGEL, R.Q.; SANTOS, V.S. Spatial clusters, social determinants of health and risk of maternal mortality by COVID-19 in Brazil: a national population-based ecological study. **Lancet Reg Health Am.** v. 3, nov., 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100076>>. Acesso em: 10 out. 2022.

SMS/RJ. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução 14 de maio de 2021 nº 4918.** Estabelece medidas e ações para a retomada das visitas aos pacientes internados, limitadas a acompanhantes que tenham o esquema vacinal para COVID-19 completo. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTI5NTc%2C>. Acesso em: 03 nov. 2022

SNOWDEN, D. J.; BOONE, M. E. **A leader's framework for decisionmaking.** Harvard Business Review, p. 69–76, 2007

SOUZA, K.V.; SCHNECK, S.; PENA, E.D.; DUARTE, E.D, ALVES, V.H. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de COVID-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enferm.**, v.25, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148>>. Acesso em: 10 out. 2021.

STACEY, R.D. **Complexity and creativity in organizations.** San Francisco: Berrett Koehler Publishers, 1996

SUTTON, D.; FUCHS, K.; D'ALTON, M.; GOFFMAN, D. Universal screening for SARS-CoV-2 in women admitted for delivery. **N Engl J Med.** v. 383, n. 22, p. 2163- 2164, 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2009316>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SZABO, R. A.; WILSON, A. N.; HOMER, C.; VASILEVSKI, V., et al. Covid-19 changes to maternity care: Experiences of Australian doctors. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 61, n. 3, p. 408-415, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ajo.13307>>. Acesso em: 10 out. 2021.

TAQUETTE, S. R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. **Investigação qualitativa em saúde**, v. 2, 2016. Disponível em: <<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>>. Acesso em: 10 out. 2022.

THE LANCET. **COVID-19: protecting health-care workers**. 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)>. Acesso em: 10 out. 2021.

THOMAS, J.; MENGEL, T. Preparing managers to deal with complexity: advanced project management education. **International Journal of Project Management**, v. 26, n. 3, p. 304-315, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2008.01.001>>. Acesso em: 10 out. 2022.

THOMAS, S., SAGAN, A.; LARKIN, J.; CYLUS, J. et al. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Copenhagen (Denmark): **European Observatory on Health Systems and Policies**, p. 29, 2020. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/32716618>>. Acesso em: 10 out. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987

VAN MANEN, E.L.M; HOLLANDER, M., FEIJEN-DE JONG, E., DE JONGE, A., VERHOEVEN, C., et al. Experiences of Dutch maternity care professionals during the first wave of COVID-19 in a community based maternity care system. **PloS one**, v. 16, n. 6, p. e0252735, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252735>>. Acesso em: 10 out. 2022.

VASCONCELLOS, L; GUEDES, L. F. A. E-Surveys: Vantagens e Limitações dos Questionários Eletrônicos via Internet no Contexto da Pesquisa Científica. SEMEAD – Seminários em administração. **Anais 10. FEA - USP**, agosto de 2007. Disponível em: <<http://sistema.semead.com.br/10semead/sistema/resultado/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

VIANA, K. E. et al. Cultura de segurança do paciente na ótica de profissionais de enfermagem. **Contexto Enf.**, v.30, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0219>>. Acesso em: 10 out. 2022.

VILLAR, J.; ARIFF, S.; GUNIER, R. B.; THIRUVENGADAM, R. et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the intercovid multinational cohort study. **JAMA pediatrics**, v. 175, n. 8, p. 817-826, 2021. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2779182>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WALDROP, M. M. **Complexity: the emergig science at the edge of order and chaos**. New York: Touchstone, 1992.

WANGAMATI, C.K.; SUNDBY, J. The ramifications of COVID-19 on maternal health in Kenya. **Journal Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 28, n.1, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1804716>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.. **Safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns**, 2015. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/199177>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.. **Clinical management of COVID-19: interim guidance**. 2020c. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.. **Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV): interim guidance**, World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.. **Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected**. 2020a. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19) dashboard 2021**. [Internet]. Geneva (CH): WHO, 2021c. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva; 2021a. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/integrated-healthservices/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**. WHO: Geneva, 2009. 263 p. Disponível em: <[www.who.int/.../who\\_guidelines-handhygiene\\_sum...](http://www.who.int/.../who_guidelines-handhygiene_sum...)>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.. **Joint Commission for Patient Safety**. World Alliance for Patient Safety. 2008. Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Metas do Dia Mundial da Segurança do Paciente**. Set, 2021b. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/16-9-2021-metas-do-dia-mundial-da-seguranca-do-paciente-2021-da-oms-promovem-praticas>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19)**. [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2020b. Disponível em: <[https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(COVID-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(COVID-19)-and-considerations-during-severe-shortages)>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, v. 1.1. Final Technical Report** january 2009. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>>. Acesso em: 10 out. 2021.

WILLIAMS, J.; NAMAZOVA-BARANOVA, L.; WEBER, M.; VURAL, M.; MESTROVIC, J. et al. The Importance of Continuing Breastfeeding during Coronavirus Disease-2019: In Support of the World Health Organization Statement on Breastfeeding during the Pandemic. **Journal of Pediatrics**, 223, p. 234–236, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.009>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

WILSON, A. N.; RAVALDI, C.; SCOLLAR, M. J.; VOGEL, et al. Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. **Women and birth**, v. 34, n. 3, p. 206-209, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WU, Y.; ZHANG, C.; LIU, H.; DUAN, C.; LI, C, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. **Am J Obstetr. Gynecol.** v. 223, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

XU, L.; YANG, Q.; SHI, H.; LEI, S.; LIU, X.; ZHU, Y.; WU, Q. et al. Clinical presentations and outcomes of SARS-CoV-2 infected pneumonia in pregnant women and health status of their neonates. **Sci Bull.** 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.scib.2020.04.040>>. Acesso em: 10 out. 2022.

ZHAN, M.; QIN, Y.; XUE, X.; ZHU S. Death from COVID-19 of 23 health care workers in China. **N Engl J Med**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMc2005696>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

ZHU, N.; ZHANG; D., WANG, W. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**, v.383, n.8, p. 727-733, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31978945>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

ZVEITER, M.; MOUTA, R. J. O.; MEDINA, E. T.; DE ALMEIDA, L. P. et al. O fim anunciado da Rede Cegonha—que decisões tomaremos para o nosso futuro? **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, n. 1, p. 66736, 2022. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/66736>>. Acesso em: 10 out. 2022.

## APÊNDICE A - Comparativo dos estudos que compuseram a revisão integrativa

Quadro 11 - Comparativo dos estudos que compuseram a revisão integrativa (continua)

Número	Título/Ano	Periódico	Região	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados
1	Simulations of Deliveries of SARS-CoV-2 Positive Pregnant Women and Their Newborn Babies: Plano Implement a Complex and Ever-Changing Protocol/ 2020	American journal of perinatology	Estados Unidos	Pesquisa ação	Analisar a simulação para diminuir o risco de exposição dos profissionais de saúde	A simulação do parto de gestantes com SARS-CoV-2 pode minimizar o risco de exposição aos profissionais de saúde. Integrar simulações de manejo de gestantes positivas SARS-CoV-2 é viável na rotina clínica diária.
2	Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: A qualitative investigation/2021	Midwifery	Reino Unido	Qualitativo exploratório descritivo	Explorar as experiências das mulheres na reconfiguração do serviço de maternidade durante a primeira onda da pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19).	Expressaram desapontamento com a perda de escolha, autonomia e cuidados relacionais, principalmente no que diz respeito ao plano de parto e trabalho de parto. As mulheres relataram uma desconfiança nos profissionais de saúde para apoio, recorrendo mais à família.
3	Análisis del protocolo de atención a las gestantes COVID y detección de puntos de mejora aplicando metodología de simulación clínica/ 2020	Revista española de anestesiología y reanimación	Espanha	Estudo observacional descritivo	Analisar o impacto da metodologia baseada em simulação clínica como ferramenta para melhorar a prática clínica	Encontradas dificuldades na execução dos protocolos estabelecidos para o cuidado da gestante com COVID. Os obstáculos organizacionais, estruturais, materiais e fatores humanos foram os mais comuns.
4	How the SARS-CoV-2 Pandemic Period Influenced the Health Status and Determined Changes in Professional Practice among Obstetrics and Gynecology Doctors in Romania/ 2021	Medicina	Romênia	Estudo quantitativo	Identificar as dificuldades relacionadas à atividade profissional e à vida pessoal dos médicos de obstetria e ginecologia	A pandemia da COVID-19 teve efeitos psicossomáticos negativos e levou à mudanças no estilo de vida, interação com familiares e amigos, abordagem médica do paciente e adoção de novas práticas entre médicos obstetras e ginecologistas. A prática médica teve que se adequar às novas regras (organização institucional, relação médico-paciente, direitos éticos e legais, infecção). O problema de insuficiência de EPI com que os médicos tiveram que lidar no início do período de pandemia foi uma forte fonte de estresse

Quadro 11 - Comparativo dos estudos que compuseram a revisão integrativa (continuação)

Número	Título	Periódico	Região	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados
5	Covid-19 changes to maternity care: Experiences of Australian doctors/ 2021	The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynecology	Austrália e Nova Zelândia	Estudo de coorte Qualitativo exploratório descritivo	Explorar e descrever as experiências dos médicos obstetras durante a pandemia de COVID-19 na Austrália	As faculdades profissionais foram a principal fonte de novas informações sobre o COVID-19. Menos da metade dos médicos achava que as mudanças seriam temporárias. Os médicos descreveram interrupções na força de trabalho com impactos pessoais e profissionais associados. A capacidade de acessar e processar informações atualizadas baseadas em evidências foi percebida como importante. Reconheceram que as mudanças no cuidado aumentaram a ansiedade e a incerteza das gestantes.
6	Roles and Experiences of Registered Nurses on Labor and Delivery Units in the United States During the COVID-19 Pandemic/ 2021	Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing: JOGNN	Estados Unidos da América	Estudo transversal descritivo	Examinar os papéis e experiências dos enfermeiros no trabalho de parto	Quase metade das entrevistadas relatou mudanças em seus papéis e responsabilidades durante a pandemia COVID-19. Descreveram adaptações e respostas a essas mudanças e efeitos percebidos no atendimento ao paciente. As políticas e práticas de controle de infecções, bem como o estresse de um ambiente de trabalho em rápida mudança afetaram a prestação de apoio ao trabalho e o bem-estar pessoal.
7	Experiences of nurses caring for perinatal women and newborns during the COVID-19 pandemic: A descriptive qualitative study/2021	Nursing Open	Coréia	Estudo qualitativo descritivo	Descrever as experiências das enfermeiras em cuidar de mulheres perinatais e recém-nascidos durante a pandemia	Testes de pré-admissão para COVID-19 foram utilizados; Monitoramento de enfermeiros para COVID-19; limitação no número de mães que usavam a sala de lactação ao mesmo tempo, para manter o distanciamento social; Apoio aos pais de recém-nascidos na Unidade Neonatal quando não podiam fazer visitas; Desenvolvimento de um protocolo de cuidados maternos durante a pandemia de COVID-19; Vontade de adquirir mais competência no cuidado de mulheres perinatais com infecção por COVID-19 ou suspeita de infecção; Necessidade de mais apoio em termos de recursos humanos e saúde mental.

Quadro 11 - Comparativo dos estudos que compuseram a revisão integrativa (conclusão)

8	Experiences of Dutch maternity care Professionals during the first wave of COVID-19 in a community based maternity care System/2021	PLoS ONE	Holanda	Estudo misto	Obter sugestões para a organização do cuidado durante e após as pandemias	O fato de as mulheres não quererem ir ao hospital ou à prática de obstetrícia, por medo de serem infectadas. Aproximadamente metade dos entrevistados sentiu que a segurança da assistência à maternidade foi comprometida devido às mudanças na política. Os entrevistados sentiram que as mulheres tinham mais confiança no parto em casa. Os prestadores de cuidados na maternidade experimentaram que os cuidados médicos de rotina podem ser reduzidos com segurança.
9	Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States/ 2021	Health Care for Women Internationa l	Estados Unidos das Américas	Pesquisa qualitativa com Entrevistas semiestruturadas	Examinar como a pandemia alterou as experiências da gravidez e do parto Identificar estratégias preliminares para apoiar gestantes e parturientes em tempos de crise	As participantes (doulas) argumentaram que o COVID-19 expôs fraquezas preexistentes nos cuidados maternos dos EUA e solicitaram um modelo de atendimento coordenado envolvendo doulas

Fonte: A autora, 2023.

## APÊNDICE B – Caracterização dos participantes

Quadro 12 - Caracterização dos participantes (continua)

Entrevistado	Tempo de entrevista	Idade	Sexo	Profissão	Tempo de exercício profissional (anos)	Tempo de atuação na área obstétrica (anos)	Tipo de qualificação	Local de trabalho	Tipo de vínculo empregatício	Cargo exercido na instituição	Setor de trabalho	Turno de trabalho
E1	1h18'	33	Feminino	Enfermeira	10	07	Residência (Obstetrícia)	Maternidade X	Estatutário	Enfermeira Assistencial	Centro Obstétrico	SD 12x60
E2	1h 6'48"	35	Feminino	Enfermeira	17	05	-	Maternidade X	Estatutário	Auxiliar de Enfermagem	Centro Obstétrico	SD 12x60
E3	37'01"	58	Feminino	Médica	28	28	Residência (Obstetrícia)	Hospital Geral Z Maternidade X	Celetista Celetista	Médica Obstetra Assistencial	Serviço médico assistencial	24 horas 24 horas
E4	33'	42	Masculino	Enfermeiro	12	09	Especialização (Saúde da Família) Especialização (Obstetrícia)	Maternidade Y	Estatutário	Enfermeiro Gerencial- Supervisor	Supervisão de Enfermagem	SN 12x60
E5	1h11' 47"	43	Feminino	Enfermeira	17	02	-	Maternidade W Maternidade X	Celetista Contrato determinado	Enfermeira Assistencial	Enfermaria Centro Obstétrico	SD 12x60 SD 12x60
E6	36'8"	57	Feminino	Médica	30	30	Residência (Ginecologia e obstetrícia)	Maternidade X Centro Municipal de Saúde	Estatutário Estatutário	Médica Obstetra Assistencial	Serviço médico assistencial Pré-natal	24 horas Semanais-diarista 20 horas
E7	43' 55''	50	Feminino	Enfermeira	27	24	Especialização (Obstetrícia) MBA (Gestão)	Maternidade Y e Secretaria Municipal do RJ	Estatutário Estatutário	Diretora Geral e Superintendente das maternidades	Direção geral Superintendência Municipal	Diarista 40 horas Diarista 30 horas
E8	59' 23"	54	Feminino	Enfermeira	33	16	Especialização (Emergência)	Maternidade X Hospital Federal Z	Estatutário Estatutário	Auxiliar de Enfermagem Técnica de Enfermagem	Centro Obstétrico Centro Cirúrgico	SD12x60 SN 12x60
E9	1h18"	47	Feminino	Técnica de Enfermagem Psicóloga	21	16	Especialização (Terapia cognitiva comportamental)	Maternidade X Instituto Nacional de Cardiologia	Estatutário Estatutário	Auxiliar de Enfermagem Técnica de Enfermagem	Centro Obstétrico Centro Cirúrgico	SD 12x60 SD 12x60
E10	39'20"	72	Masculino	Médico Obstetra	44	44	Residência (Ginecologia e obstetrícia)	Maternidade Y Hospital Municipal F Hospital Estadual A	Estatutário Estatutário Celetista	-Médico Obstetra Gerencial- Chefe de equipe - Médico assistencial	Serviço médico assistencial	20 horas semanais 20 horas semanais 24 horas

Quadro 12 - Caracterização dos participantes (conclusão)

Entrevista	Tempo de entrevista	Idade	Sexo	Profissão	Tempo de exercício profissional (anos)	Tempo de atuação na área obstétrica (anos)	Tipo de qualificação	Local de trabalho	Tipo de vínculo empregatício	Cargo exercido na instituição	Setor de trabalho	Turno de trabalho
E11	1h07'43"	34	Feminino	Enfermeira	09	06	Residência (Ginecologia e obstetrícia) Especialização (Neonatologia)	Hospital Municipal D Hospital Estadual E	Celetista Celetista	Enfermeira Obstetra Assistencial	Pré-parto e Parto -Centro Obstétrico	24 horas semanais 24 horas semanais
E12	55'29"	39	Feminino	Enfermeira	17	10	Residência (Obstetrícia) Mestrado	Maternidade Y Hospital Federal Z	Estatutário Estatutário	Enfermeira Assistencial	Centro Obstétrico Centro Cirúrgico	12x60 SD e 12x60 SN
E13	43'56"	36	Feminino	Enfermeira	14	11	Residência (Obstetrícia) Mestrado	Maternidade G	Estatutário	Enfermeira Gerencial	Educação Permanente	30 horas semanais Diarista
E14	37'12"	35	Feminino	Enfermeira	11	11	Especialização (Saúde pública) Especialização (Obstetrícia)	Maternidade B Maternidade G	Celetista Celetista	Enfermeira Obstetra Assistencial	Centro de Parto Normal- Classificação de Risco	12x60 SD 12X60 SD
E15	1h 04'	44	Feminino	Enfermeira	20	14	Especialização (CTI) Especialização (Emergência)	Maternidade G Maternidade Y	Estatutário Celetista	Auxiliar de Enfermagem	Admissão Classificação de Risco	SD 12x60 SD 12x60
E16	45'57"	54	Feminino	Técnica de Enfermagem	19	14	-----	Maternidade Y Maternidade X	Estatutário Celetista	Auxiliar de enfermagem	Admissão Classificação de risco	SD 12x60 SD 12x60
E17	40'01"	50	Masculino	Médico	27	27	Residência (Ginecologia e obstetrícia) Especialização (Medicina reprodutiva).	Hospital Municipal H Maternidade X	Estatutário Estatutário	Médico Obstetra Assistencial	Serviço médico assistencial Enfermarias	24 horas semanais 24 horas semanais
E18	32'48"	58	Feminino	Médica	31	28	Especialização (Ginecologia e obstetrícia)	Maternidade X Hospital Estadual A	Estatutário Celetista	-Médico Obstetra Gerencial (coordenadora) - Médico Assistencial	Coordenação médica - Serviço médico assistencial	40 horas semanais 24h semanais
E19	35'15"	46	Feminino	Enfermeira	11	11	Especialização (Obstetrícia)	Maternidade B Hospital Municipal C	Celetista Celetista	Enfermeira Gerencial (coordenadora) -Enfermeira Obstétrica Assistencial	Coordenação do complexo obstétrico Classificação de risco	Diarista 40 horas semanais SN 12x60

## APÊNDICE C – Roteiro para a entrevista semiestruturada

Nº da entrevista:                      Data:    /    /                      Local (presencial ou por via remota):  
 Hora de início:                      Hora de término:                      Duração: \_\_\_\_ min.

### Orientação da Entrevista

1. Você tem alguma pergunta antes de começarmos?
2. Tenho a sua permissão para começar a gravação?

### Características do participante:

1. Idade:
2. Sexo/gênero:
3. Profissão:
4. Tempo de exercício profissional:
5. Tempo de atuação na assistência obstétrica.
6. Tipo de qualificação realizada após a formação profissional  
(Técnicos: cursos de capacitação/graduação) -  
(Enfermeiras e Médicos: especialização/mestrado/doutorado)
7. Local (is) de trabalho:  
(Se trabalhar apenas em unidade privada, agradecer e encerrar)
8. Tipo de vínculo empregatício (estatutário ou celetista ou emergencial):
9. Tempo de atuação na assistência obstétrica hospitalar durante a pandemia da COVID-19  
(Se menos de um ano, agradecer e encerrar)
10. Cargo exercido na instituição pública:  
(assistencial ou gerencial [liderança de equipe, supervisão, coordenação ou outro. Especificar.])
11. Setor de trabalho:
12. Turno de trabalho:

### Questões sobre o objeto de pesquisa:

Explique-me como a Pandemia da COVID-19 alterou a rotina assistencial das gestantes no hospital/maternidade.

Qual o seu papel no processo assistencial das gestantes durante a Pandemia da COVID-19?

Conte-me detalhadamente acerca de suas experiências com a gerência dos cuidados na maternidade durante a Pandemia da COVID-19.

Como os efeitos do trabalho na linha de frente da COVID-19 foram abordados/manejados pela gerência assistencial?

Explique-me a sua interação com a equipe e gerentes durante o seu trabalho na Pandemia da COVID-19.

Conte-me sobre as estratégias gerenciais utilizadas durante a Pandemia da COVID-19.

Como você vê a clientela obstétrica frente às modificações do processo assistencial durante a Pandemia da COVID-19?

Como você vê a adaptação dos profissionais às situações inesperadas no processo assistencial durante a Pandemia da COVID-19?

Como você vê a adaptação da gerência hospitalar às situações inesperadas durante a Pandemia da COVID-19?

Quais os reflexos da introdução da vacina COVID-19 para gestantes na rotina assistencial do hospital? Há algum outro comentário ou acrescentar a sua resposta que você gostaria de fazer?

Agradecimento ao participante, registro do horário de término da entrevista e o total de tempo de sua duração

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO FACULDADE DE ENFERMAGEM – FENF/UERJ

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: **O gerenciamento do processo assistencial das gestantes durante a pandemia COVID-19: uma análise a partir do pensamento complexo**, que será conduzida pela enfermeira mestranda Claudia da Silva Teixeira de Santana. Este estudo tem por objetivo geral: discutir o gerenciamento do processo de assistência hospitalar às gestantes durante a pandemia da COVID-19 na perspectiva dos profissionais da enfermagem e medicina. E objetivos específicos: Descrever as experiências e estratégias de gerenciamento da assistência das gestantes durante a pandemia da COVID-19 segundo os profissionais da enfermagem e medicina; identificar os desafios e potencialidades do gerenciamento da assistência hospitalar durante a pandemia na perspectiva desses profissionais.

Você foi selecionado por ser profissional da enfermagem ou da medicina e ter atuado ou atuar na linha frente da assistência de mulheres grávidas durante a pandemia da COVID-19. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos relacionados à sua participação podem decorrer dos possíveis desconfortos causados pela emissão de opiniões acerca do processo assistencial e depoimentos acerca de suas experiências profissionais durante a pandemia da COVID-19, assim como pelo seu tempo dispendido para responder às perguntas da entrevista. A pesquisadora compromete-se em garantir os meios necessários para reduzir esses riscos por meio da adoção de postura respeitosa e atenta às suas necessidades e aos seus direitos de confidencialidade e de sigilo dos seus depoimentos. Em nenhum momento você será identificado. Sua participação é fundamental e irá contribuir para o avanço do conhecimento científico na área de saúde sexual e reprodutiva. Sua participação na pesquisa não é remunerada e não implicará em gastos financeiros.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem identificar as participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, dos pesquisadores responsáveis. Seguem o telefone e o endereço institucional dos pesquisadores, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, que concordo em participar e que o meu depoimento seja gravado.

Contatos da pesquisadora responsável: Claudia da Silva Teixeira de Santana, Enfermeira Obstétrica, telefone nº (21) 98289-9464, e-mail: [cjplaudiasantana@gmail.com](mailto:cjplaudiasantana@gmail.com).

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2334-2180. A COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e de 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar e com a gravação do meu depoimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome da Participante (por extenso)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
Nome da Investigadora (por extenso)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Investigadora

## APÊNDICE E – Códigos constituintes nas categorias

Quadro 13 - Códigos constituintes nas categorias (continua)

<b>1. Experiências vivenciadas pelos profissionais da enfermagem e medicina frente ao advento da pandemia da covid-19</b>
<b>1.1. Sentimentos dos agentes diante do caos</b>
Descrença (4); Desconhecimento (9); Medo de se contaminar (6); Medo de contaminar os familiares (7); Medo de morrer (2).
<b>1.2. Adaptações autônomas dos agentes</b>
Apoio de profissionais com mais experiência (8); Troca de conhecimento (1).
<b>2. Estratégias gerenciais no enfrentamento da pandemia</b>
<b>2.1. O processo de criação e implementação de protocolos assistenciais</b>
Reuniões (6); Criação (5); Organização (5). Aquisição de conhecimentos e habilidades (4); Treinamentos presenciais (10); Uso de tecnologias educativas (11).
<b>2.2. A reorganização do processo assistencial</b>
Organização do Isolamento (18); Identificação do isolamento (1); Readaptação de espaço (4); Criação de área restrita (1); Organização de área para paramentação (1); Desativação de banheiro (1); Improvisação do isolamento (2); Transferência (9); Suspensão do acompanhante (8); Visita suspensa (3); Visita cegonha suspensa (1); Orientações aos acompanhantes (10) Prioridade de atendimento (1); Organização das pacientes no banheiro (1); Separação de lugares e horários de almoço (1); Classificação de risco/triagem (7); Reorganização do trabalho da equipe (9); Definição de responsabilidades (14); Dificuldade (1); Normas para uso dos equipamentos (1); Troca de equipamentos (1); Organização dos EPI pelo serviço (3); Disponibilidade restrita de EPI (4); Organização de rotina assistencial (5); Rotina de trabalho (3); Comunicação (3); Teste para as sintomáticas (11)
<b>2.3. O acompanhamento do processo assistencial</b>
Função de direcionamento (3); Troca limitada do acompanhante (2); Teste rápido aos acompanhantes (1); Comprovante de vacinação (5); Visita cegonha após a vacina (1).
<b>3. Desafios e potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar durante a pandemia da covid-19</b>
<b>3.1. Desafios do gerenciamento assistencial hospitalar</b>
Acúmulo de função (7); Sobrecarga de trabalho (13); Sem contrato (1); Aumento da carga horária pelo desfalque (1); Alta demanda (1); RH insuficiente (2); Afastamentos (2); Sem suprir os desfalques (3); Estresse por poucos profissionais (1); Medo pela alta demanda (1); Saúde mental dificultada (1); Sintomas emocionais (1); Aumento da ansiedade (1); Saúde mental abalada (1); Angústia em ser contaminante (2); Depressão por falecimento de familiar (1); Trauma (1); Choro e medo da doença (1); Tristeza pelas mortes de profissionais (3); Sem preparação emocional (1); Cansados emocionalmente (1); Sem apoio psicológico (1); Racionamento de EPI (1); Controle de N95 (1); Dificuldade em ter N95 (1); Restrição de materiais (1); Organização para controle de EPI (1); Restrição de equipe para racionar EPI (1); Relatos de abandono por racionar EPI (1); Estresse e insegurança pela racionalização (1); Insegurança pela escassez de EPI (1); Compra particular de EPI (3); Indisponibilidade de máscara aos acompanhantes (1); Roubo de material (1); Equipamentos antigos (2); Falta de equipamento (1); Espaço físico inadequado (3); Isolamento sem banheiro (6); Sem obras (2); Demora em organizar o isolamento (1); Dificuldade com leitos ocupados (1); Falta de sala para isolar (2); Isolamento utilizado para outras finalidades (9); Isolamento desmontado (4); Sem orientação (1); Bagunçado em usar corretamente o EPI (1); Despreparo (2); Treinamento defasado (5); Indisponibilidade aos treinamentos (3); Aumento da demanda (7); Demora do atendimento (3); Desconforto na recusa de acompanhante (3); Confuso com as mudanças dos gerentes (3); Dificuldade de entendimento (4); Sem precauções (5); Indisciplina após orientações (10); Descuido após vacina (8); Resistência à vacina (3); Falta de comprovante vacinal (2).

Quadro 13 - Códigos constituintes nas categorias (conclusão)

<b>3.2. Potencialidades do gerenciamento assistencial hospitalar</b>
Organização efetiva (2);Elaboração de fluxo gerou segurança (1);Empenho exitoso (1);Interligação das equipes (2);Fluxos geram atuação correta (1);Fluxo deixa um legado (1);Organograma necessário para organizar (1);Hierarquia necessária para organizar (1);Protocolos necessários para organizar (1);Sem desarticulação do isolamento (4);Melhor preparo técnico (1);Protocolos com efeito positivo (1);Segurança após a vacina (4);Mais Experiência (2);Menos medo (3);Tranquilos (2);Importância do enfermeiro como gestor do cuidado (1);Empenho (1);Necessidade da liderança (1);Chefia presente (3);Comunicação com as equipes (3);Bom entrosamento (1);Feedback(8);Presença no setor (4);Liberdade de conversa (3);Boa interação (3);Mais segurança (2);Confiança (1);Direção disponível (2);Transversais (1).

Fonte: A autora, 2023

## ANEXO – Parecer consubstanciado do CEP

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O gerenciamento do processo assistencial da gestante durante a pandemia covid-19: uma análise a partir do pensamento complexo

**Pesquisador:** CLAUDIA DA SILVA TEIXEIRA DE SANTANA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56613422.1.0000.5282

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.303.105

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de Cláudia da Silva Teixeira de Santana orientado por Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (mestrado).

“O contexto pandêmico exigiu mudanças no gerenciamento do cuidado às mulheres grávidas nos hospitais a fim de garantir a segurança desse grupo populacional e mitigar os riscos de morbimortalidade materna em decorrência da COVID-19.

Objetivos: A pesquisa tem como objetivo geral analisar o gerenciamento do processo de assistência hospitalar às gestantes durante a pandemia da COVID-19 na perspectiva dos profissionais da enfermagem e medicina. E os objetivos específicos são caracterizar as repercussões da pandemia da COVID-19 no processo de assistência hospitalar das gestantes na ótica dos profissionais da enfermagem e medicina; e descrever as experiências e estratégias gerenciais utilizadas para a segurança das gestantes durante a pandemia segundo estes profissionais. Método: Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória-descritiva, a ser realizada com profissionais da enfermagem e medicina, atuantes na linha de frente da Covid-19 da atenção obstétrica no Rio de Janeiro. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas a serem realizadas por videoconferência ou de modo presencial, conforme conveniência dos participantes. A análise temática será utilizada, conforme Braun e Clarke, ancorada nos pressupostos do pensamento complexo e sistema adaptativo complexo. Resultados esperados: Responder aos objetivos propostos e contribuir para a pesquisa, assistência e qualificação

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 5.303.105

profissional em saúde e enfermagem a fim de que a gerência dos cuidados seja percebida como estratégica e indispensável para o alcance da qualidade e segurança almejadas. Intenta-se contribuir também com a gestão de saúde pública com a elaboração de conhecimentos que possam subsidiar a formulação de políticas para o adequado enfrentamento da Covid-19 e epidemias emergentes e reemergentes na atenção obstétrica.”

**Metodologia Proposta:**

“Pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo. O cenário será a rede assistencial hospitalar da atenção obstétrica do Rio de Janeiro, enquanto espaço social e não propriamente um ambiente físico em particular, cujos participantes serão os profissionais da enfermagem e medicina atuantes na linha de frente da assistência em unidade obstétrica hospitalar durante a pandemia da Covid-19, captados intencionalmente. A pesquisa será realizada por meio de entrevista semiestruturada com tópicos de orientação que contemplem as experiências, adaptações e desafios dos participantes.

Adotar-se-á o seguinte critério de inclusão: profissionais da enfermagem e medicina, com nível técnico ou superior, atuantes nos cuidados diretos ou nas atividades gerenciais de liderança ou supervisão de equipes em unidade obstétrica hospitalar durante a pandemia da Covid-19. Os excluídos serão: profissionais da enfermagem e medicina que atuam exclusivamente em hospital da rede privada, trabalham em hospital maternidade há menos de um ano e as enfermeiras e médicos que estejam cursando o primeiro ano do programa de residência.”

“O recrutamento dos participantes será por meio da divulgação da pesquisa em aplicativos de redes virtuais sociais, como WhatsApp, Instagram, Facebook, para captação de voluntários e com acesso a um link de formulário do tipo Google Forms com as seguintes

perguntas: desejo de participação no estudo (a resposta “não” conduzirá para agradecimento e encerramento); categoria profissional (a resposta “outra” conduzirá para agradecimento e encerramento)”. ”

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o gerenciamento do processo de assistência hospitalar às gestantes durante a pandemia da COVID-19 na perspectiva dos profissionais da enfermagem e medicina.

**Objetivos Secundários:**

-Caracterizar as repercussões da pandemia da COVID-19 no processo de assistência hospitalar das gestantes na ótica dos profissionais da enfermagem e medicina.

-Descrever as experiências e estratégias gerenciais utilizadas para a segurança das gestantes durante a pandemia segundo estes profissionais.

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.303.105

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

"Os riscos relacionados à participação podem decorrer dos possíveis desconfortos causados pela emissão de opiniões acerca do processo assistencial e depoimentos acerca de das experiências profissionais durante a pandemia da COVID-19, assim como pelo tempo dispendido para responder às perguntas da entrevista.

A pesquisadora compromete-se em garantir os meios necessários para reduzir os riscos por meio da adoção de postura respeitosa e atenta às suas necessidades e aos seus direitos de confidencialidade e de sigilo dos seus depoimentos. Em nenhum momento será identificado. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem identificar as participantes."

Benefícios:

"A participação é fundamental e irá contribuir para o avanço do conhecimento científico na área de saúde sexual e reprodutiva."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é importante, pois analisa o atendimento hospitalar às gestantes durante a pandemia da COVID-19. A pesquisa apresenta os instrumentos necessários para aprovação em termos éticos.

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

Folha de rosto carimbada e assinada pelo vice diretor da Faculdade da Enfermagem da UERJ.

Apresenta roteiro de entrevistas adequado.

Tem TCLE adequado

Tem orçamento.

Tem cronograma com coleta de dados começando em maio de 2022.

**Recomendações:**

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

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação deste projeto, visto que não há implicações éticas.

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 5.303.105

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2023. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.<sup>a</sup> que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1905886.pdf	09/03/2022 20:24:17		Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/03/2022 20:22:52	CLAUDIA DA SILVA TEIXEIRA DE SANTANA	Aceito
Outros	ENTREVISTA.pdf	09/03/2022 19:18:41	CLAUDIA DA SILVA TEIXEIRA DE SANTANA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	09/03/2022 19:14:46	CLAUDIA DA SILVA TEIXEIRA DE SANTANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	28/02/2022 16:07:14	CLAUDIA DA SILVA TEIXEIRA DE SANTANA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/02/2022 16:06:40	CLAUDIA DA SILVA TEIXEIRA DE SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/02/2022 16:06:16	CLAUDIA DA SILVA TEIXEIRA DE SANTANA	Aceito

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

**Bairro:** Maracanã

**CEP:** 20.559-900

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-2180

**Fax:** (21)2334-2180

**E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.303.105

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 21 de Março de 2022

---

**Assinado por:**  
**ALBA LUCIA CASTELO BRANCO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br