

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CIRA CARDOSO FREITAS

**BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PRÉ-PARTO, PARTO E  
PUERPÉRIO NA PANDEMIA DA COVID-19 NA PERCEPÇÃO DE  
ENFERMEIRAS OBSTETRAS**

SÃO CARLOS

2023

CIRA CARDOSO FREITAS

**BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PRÉ-PARTO, PARTO E  
PUERPÉRIO NA PANDEMIA DA COVID-19 NA PERCEPÇÃO DE  
ENFERMEIRAS OBSTETRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori

SÃO CARLOS

2023

Defesa da Dissertação de mestrado da candidata Cira Cardoso Freitas,  
realizada em 28 de setembro de 2022.

### **Comissão Julgadora**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Natália Rejane Salim (UFSCar)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariana Torreglosa Ruiz (UFTM)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Monica Wernet (UFSCar)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Clara Froes de Oliveira Sanfelice (UNICAMP)

Relatório de assinado pelos membros da Comissão julgadora encontra-se  
arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os profissionais da enfermagem que assim como eu bravamente estiveram na linha de frente durante a pandemia da COVID-19, em especial àqueles que perderam suas vidas salvando outras vidas...



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Cira Cardoso Freitas, realizada em 28/09/2022.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

Profa. Dra. Natalia Rejane Salim (UFSCar)

Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz (UFTM)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me guiado por seus caminhos e permitido a mim ter chegado até aqui.

*“Porque Dele por Ele, para Ele são todas as coisas”. (Romanos 11:36)*

A **todos os meus familiares**, em especial **minha mãe Eva** (*In Memoriam*), que desde cedo me incentivou a lutar pelos meus sonhos, mesmo aqueles que eu julgava serem impossíveis. Ao meu pai Alexandre, por sua doçura e bondade e à minha tia Cristina, por dar a mim apoio, colo e ouvir-me quando mais preciso.

Ao **Victor Celso**, por compartilhar comigo este sonho, por fazer parte de cada etapa conquistada e, principalmente, por fazer parte da minha rede de apoio em toda a pandemia. Sua doçura, sensibilidade, empatia e percepção do ser humano são características admiráveis. Faço das suas as minhas palavras: “Você é benção na minha vida”.

Às minhas amigas que, cada uma com sua característica especial, fazem parte da minha vida. À **Belisa**, amiga que a enfermagem me deu, que compartilha os mesmos sonhos acadêmicos que eu. À **Taciane** e, em especial, à **Viviane** e sua família por me acolherem em terras paulistas.

À minha orientadora **Jamile**, mulher forte e inteligente, a qual eu admiro muito, por me proporcionar crescimento acadêmico. Tive a honra de tê-la como minha orientadora.

Às todas as minhas companheiras de mestrado que me ajudaram em toda a caminhada.

Ao **Hospital Ouro verde** (OSS CEJAM), pelo intenso crescimento profissional e pessoal que experimentei nestes dois anos.

E, por fim, a todas as **enfermeiras obstetras** que participaram do meu estudo. Sem vocês, tudo isso não seria possível.

*Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados.*

**Simone de Beauvoir**

FREITAS, C.C. **Boas práticas na atenção ao pré-parto, parto e puerpério na pandemia da COVID-19 na percepção de enfermeiras obstetras.** 2022. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

## RESUMO

**Introdução:** A busca pela qualidade do cuidado perinatal baseado nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e nos direitos sexuais e reprodutivos vem sendo globalmente difundida há décadas. No entanto, com a instalação do cenário pandêmico da COVID-19, desde o início de 2020, esses direitos, arduamente conquistados ao longo de anos de avanços, foram ameaçados. A necessidade da quarentena para evitar a propagação da COVID-19 repercutiu na assistência perinatal, com provável impacto nas boas práticas no pré-parto, parto e puerpério, fundamentais para promoção da experiência positiva no parto. **Objetivo:** Investigar o impacto da pandemia da COVID-19 nas boas práticas no parto e pós-parto, por meio da percepção de enfermeiras obstetras. **Metodologia:** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, sob o olhar conceitual das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento. Faz parte do projeto multicêntrico “Inquérito Nascer COVID”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em parceria com a Universidade Federal de São Carlos. A população do estudo foi constituída por enfermeiras obstetras que foram contatadas pela equipe do Inquérito Nascer Covid, por terem se cadastrado nas redes sociais do projeto extensionista “@nascere COVID” / “Nascere e COVID”, do Instagram® e Facebook. **Resultados:** Dentre as 13 enfermeiras obstetras entrevistadas, a maioria se autodeclarou branca, com idade entre 25 a 46 anos e pós-graduação *lato sensu*, atuante na assistência direta ao parto e com média de 7 salários mínimos. Os dados das entrevistas emergiram três categorias temáticas: “Mudança nas práticas do atendimento no pré-parto, parto e puerpério”, “Presença do acompanhante” e “Rede de apoio”. **Considerações Finais:** Embora alguns participantes do estudo tenham relatado um reduzido impacto da pandemia da COVID-19 às boas práticas no parto, a maioria acende um alerta para um período de retrocesso no que tange aos direitos das mulheres em detrimento das medidas higienistas e do controle da transmissão do vírus no período pandêmico, o que provavelmente pode ter impactado a experiência vivenciada pelas mulheres no parto. Destaca-se ainda que as profissionais que prestam cuidado em ambiente extra-hospitalares evidenciaram baixo impacto nas boas práticas, o que acreditam ter sido a causa do aumento da procura deste local pelas famílias.

**Palavras-chave:** Gravidez; Parto; COVID-19; Análise de Boas Práticas; Enfermeiras Obstetras.



## SUMMARY

**Introduction:** The search for the perinatal healthcare quality based on good practices of healthcare on childbirth and on sexual and reproductive rights have been globally widespread in decades. However, with the COVID-19 pandemic scenario set up since the beginning of 2020, these rights, hardly achieved throughout years of progress, have been threatened. The requirement of quarantine to avoid the COVID-19 infection affected the perinatal care, with potential impact on labour, childbirth, and postpartum good practices, which are key to foster a positive childbirth experience. **Aim:** To investigate the impact of COVID-19 pandemic on delivery and post-delivery good practices, through the insight of obstetric nurses. **Methodology:** A qualitative, exploratory, and descriptive study from the conceptual perspective of good practices on the labour and childbirth care. It is part of the multicentric project “Inquérito Nascer COVID” [COVID Birth Inquiry], from the Universidade Federal do Triângulo Mineiro [Triângulo Mineiro Federal University], in partnership with the Universidade Federal de São Carlos [São Carlos Federal University]. The study population consisted of obstetric nurses contacted by the Inquérito Nascer Covid team, because they were registered on the social media of the extension project “@nascere.COVID” /“Nascer e COVID”, from Instagram® and Facebook. **Results:** From the 13 midwives interviewed, most of them declared themselves white, between 25-46 years of age with *lato sensu* post-graduation, currently working on delivery direct assistance and receiving an average of 7 minimum wages. The interview data came from 3 subject categories: “Changing in the labour, childbirth and postpartum healthcare practices”, “Presence of a birth companion”, and “Support network”. **Considerations:** Although some study participants have reported a decreased impact of COVID-19 pandemic on the delivery good practices, most of them raises the question for a retrogression timeframe regarding the women’s rights at the cost of hygienist measures and virus transmission control in the pandemic timeframe, which can probably impact the experience of women in delivering. It is also worth mentioning professionals who provide healthcare in an out-of-hospital setting highlighted a minimal impact on good practices, and they believe this is the cause of an increasing search of this service by families. **Keywords:** Pregnancy; Childbirth; COVID-19; Assessment of Good Practices; Midwives.

## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do Sistema Único de Saúde

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

COREN- Conselho Regional de Enfermagem

DINSAMI- Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

PHPN - Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAON - Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

RAMI - Rede de Atenção Materno Infantil

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UFMT- Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNISEPE – União das Instituições de Serviços, Ensino e Pesquisa Ltda

WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

CAMINHOS TRILHADOS ATÉ O MESTRADO .....	09
INTRODUÇÃO .....	11
1. OBJETIVOS .....	16
2. METODOLOGIA.....	17
2.1. Delineamento do Estudo .....	17
2.2. Referencial Metodológico .....	18
2.3. Participantes .....	19
2.4. Cenário E Coleta De Dados .....	20
2.5. Aspectos Éticos .....	21
2.6. Análise dos dados.....	22
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	23
3.1. Mudança nas práticas do atendimento em saúde no pré-parto, parto e puerpério.....	11
3.2. Presença do Acompanhante .....	22
3.3. Rede de Apoio .....	24
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	29
REFERÊNCIAS .....	30
ANEXO 1: Parecer de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.....	36
APÊNDICE 1: Instagram do Projeto de Extensão Nascer Covid .....	38
APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	39

## CAMINHOS TRILHADOS ATÉ O MESTRADO

Iniciei minha trajetória na enfermagem, em 2010, na União das Instituições de Serviços, Ensino e Pesquisa (UNISEPE). Durante os estágios curriculares, senti grande afinidade com a área materno-infantil. Terminei a graduação em 2014.

Com apenas 2 meses de formada, tive a oportunidade de começar a atuação como enfermeira assistencial em pronto-socorro e, após 6 meses, como docente de um curso técnico na cidade de Campinas, onde despertou a minha paixão pela docência.

Em 2017, fui convidada pela coordenação da instituição onde trabalhava a cobrir férias no setor da maternidade, onde me apaixonei pelo cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal e decidi que eu seria enfermeira obstetra.

Em 2018, ingressei na Especialização em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Israelita Albert Einstein, onde tive o privilégio não somente de adquirir conhecimento sobre os cuidados à saúde da mulher, mas também ampliar minha visão do mundo com relação aos caminhos que eu gostaria de trilhar na enfermagem.

Durante a especialização, tive contato com uma colega que havia sido mestranda na UFSCar e relatou-me sobre os caminhos que eu precisaria seguir para entrar no Programa de Pós-Graduação da Universidade, bem como os meios de iniciar como aluno especial.

Em 2019, ao terminar a especialização, ingressei como aluno especial no Mestrado da UFSCar, onde ouvi a Professora Jamile e fiquei encantada com toda a sua trajetória na saúde da mulher. Em 2020, ao entrar como aluno regular, tive a honra de tê-la como minha orientadora.

O ano de 2020, também considero um grande marco na minha carreira acadêmica, quando tive a oportunidade de iniciar como docente de nível superior na faculdade Anhanguera Educacional, onde fui recepcionada com muito carinho pela coordenadora Lucy (*In Memoriam*), que sempre me ajudava a adaptar as minhas aulas com os meus horários no hospital e que, infelizmente, teve sua vida levada pela COVID-19, como muitos profissionais de saúde no mundo.

Eu, como enfermeira atuante na linha de frente da COVID-19, muitas vezes engoli o choro, coloquei de lado o medo e fui em busca do que um dia, ao me formar como enfermeira, eu me propus a fazer: dar o melhor ao meu paciente.

Assim, intensificou-se a minha busca por maior conhecimento, crescimento profissional e pessoal que a academia tem me proporcionado, me fazendo a cada dia trazer reflexões sobre a assistência perinatal com ética, humanização e integralidade no cuidado.

## INTRODUÇÃO

O cuidado perinatal baseado nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e nos direitos sexuais e reprodutivos vem sendo globalmente difundido há mais de três décadas. No entanto, com a instalação do cenário pandêmico da COVID-19, desde o início de 2020, esses direitos, arduamente conquistados ao longo de anos de avanços, foram ameaçados (Leal *et al.*, 2012; Who, 2018; Mittelbach e Albuquerque, 2022).

A Iniciativa Mundial para a Maternidade Segura, considerada marco universal do reconhecimento da morte materna como tragédia – reflexo das iniquidades sociais e do lugar em que a mulher ocupa na sociedade – foi lançada em 1987 na Conferência de Nairobi, no Quênia, com a principal meta de aumentar a consciência e promover ação global de obterem-se gestações e partos mais seguros para as mulheres e os recém-nascidos, visando à redução da mortalidade materna pela metade até 2000 (Brasil, 1995; Who, 1998).

A partir desse reconhecimento internacional da mortalidade como indicador extremamente sensível das condições de vida da população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou várias recomendações para abordar aspectos específicos dessa mudança, como a publicação da diretriz “Assistência ao parto normal: um guia prático”, em que trazia evidências científicas para a introdução das boas práticas de atenção ao parto e nascimento (OMS, 1996).

No Brasil, um dos marcos de modificação foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, no qual a perspectiva materno-infantil foi ampliada, ultrapassando a visão biológica restrita e seu papel social da mãe e do lar, responsável pela criação, pela educação dos filhos e pelos demais familiares defendidos pelos programas, com a incorporação da noção da mulher como sujeito (Leal *et al.*, 2018).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surge em um período em que o país passava por intensos movimentos reivindicatórios pela volta da democracia. O grupo que formulou as diretrizes do PAISM foi composto por uma socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) e ginecologistas e professores do departamento de tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), tendo essa equipe interlocução com grupos sociais formados por mulheres, as quais solicitavam que a mulher não fosse contemplada somente no

aspecto físico e reprodutivo, mas como um ser biopsicossocial, sendo ainda solicitado que fossem agregadas ações de educação em saúde e sexualidade (Osis, 1988).

No ano 2000, melhorar a saúde materna tornou-se um dos oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), iniciativa global promovida pelas Nações Unidas, que almejava reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015, além de conceder acesso universal à saúde reprodutiva para as mulheres (Souza, 2015).

No nosso país, foi a partir de 2000 que os movimentos ganharam força e, dentre as estratégias do Ministério da Saúde que tiveram como intuito qualificar a atenção à saúde materna e reduzir os índices de mortalidade, destacam-se o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON). Em um contexto mais atual, criaram-se a Rede Cegonha e o Projeto Parto Adequado, em 2015 (Brasil, 2002; 2005; 2014; Ans, 2018).

A Rede Cegonha constituiu-se em marco regulatório importante, pois trouxe como base todos os princípios regulatórios do SUS como universalidade, integralidade e equidade. A rede priorizava o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e ao nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Na esfera mundial, a partir de 2015, foram idealizados novos objetivos globais chamados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que, juntos com a Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança e com financiamentos inovadores e sustentáveis, convocaram o mundo para o empenho da eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. Preconiza-se, ainda, um mundo em que todas as mulheres, crianças e adolescentes usufruam de seu direito à saúde física e mental e ao bem-estar, que tenham oportunidades sociais e econômicas e possam participar na construção de sociedades progressistas e sustentáveis (Souza, 2015; Onu, 2016).

Na continuidade, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do Sistema Único de Saúde (CONITEC), em 2017, elaborou um manual no qual são abordadas as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, o qual possui o objetivo de promover as boas práticas, sendo todas elas embasadas em evidências científicas, possibilitando os profissionais que atuam na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal a consulta diária de informação científica disponível em relação às práticas mais rotineiras no pré-parto, parto e puerpério (Brasil, 2017).

Mais recentemente, em 2018, a “Intrapartum care for a positive childbirth experience” transpôs o aspecto da sobrevivência das mulheres e seus bebês, ao garantir que prosperem e atinjam o seu pleno potencial de saúde e bem-estar a partir de um modelo de cuidado centrado na pessoa e baseado em evidências que gerem experiências positivas (Who, 2018).

Em 2022 houve uma proposta federal de reestruturação da Rede Cegonha, por meio da implantação da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.228 de 1º de julho de 2022 (Brasil, 2022). No entanto, Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), o próprio Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), entre outras entidades, emitiram nota técnica repudiando os princípios norteadores da Rede RAMI, pois além de desmontar uma política reconhecida internacionalmente, alegou-se que as evidências científicas sobre a atuação qualificada da enfermagem obstétrica como elemento chave da redução das taxas de cesárea e da mortalidade materno-infantil foram ignoradas (COFEN, 2022).

Considerando que, apesar dos esforços discutidos, com todo o respaldo das evidências científicas e a pressão do movimento social de usuárias do SUS por mais de duas décadas do século XX, muitas mulheres e recém-nascidos ainda são privados de uma experiência positiva no parto, principalmente sob influência das hierarquias sociais, como classe social, raça/etnia, estado de saúde, entre outras (Diniz, 2014).

Dado que, em momento de crises em geral, sempre são revelados o pior e o melhor das sociedades, com a instalação do cenário pandêmico da COVID-19, desde o início de 2020, mazelas nos serviços de saúde foram reveladas, levando o Brasil ao 2º lugar no ranking mundial de mortes maternas.



Além disso, com a necessidade da quarentena imposta pelas autoridades em saúde para evitar a propagação da COVID-19, a assistência perinatal sofreu modificações, com provável impacto nas boas práticas no pré-parto, parto e puerpério, fundamentais para a promoção da experiência positiva no parto (Stofel *et al.*, 2021). No Brasil, a pandemia do novo coronavírus expôs as fragilidades estruturais do sistema de saúde, sendo ainda agravado pela situação social (Oliveira *et al.*, 2021).

Na saúde em geral, a pandemia causou grande impacto, principalmente nos momentos mais críticos, várias atividades da medicina de prevenção e atenção primária, cirurgias eletivas e diversos tratamentos de saúde oferecidos à população tiveram seus atendimentos suspensos e postergados em todo o mundo devido ao colapso causado pelo novo coronavírus. Na saúde perinatal, houve repercussões diretas e indiretas, causadas pela necessidade de adequação dos serviços de saúde e pela escassez de recursos neste período, gerando desfechos perinatais desfavoráveis e aumento da morbidade e mortalidade materna e neonatal (Amorim *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2021).

O ciclo gravídico-puerperal foi marcado por medo, anseios e expectativas devido à alteração na vida e na rotina da mulher em todos os sentidos. A começar pelo isolamento social, necessário, mas que impacta a rede de apoio das mulheres. A solidão e a exaustão de vários papéis passaram a ser a realidade no mundo inteiro como forma de evitar a propagação da COVID-19 (Mittelbach e Albuquerque, 2022; Aranha, 2021).

Embora a pandemia causada pelo novo coronavírus não deveria ser motivo para que mulheres tivessem seus direitos desrespeitados, com a necessidade do controle da COVID-19, fragilidade no respeito desses direitos e inclusão gradual das pessoas grávidas e puérperas no grupo de risco tornaram a gestação e o pós-parto fisiológico cada vez mais desafiadores (Kotlar *et al.*, 2021).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou um estudo conduzido pelo Centro Latino-Americano de Perinatalogia (CLAP), Saúde da Mulher e Reprodutiva das OPAS, envolvendo oito países (Bolívia, Colômbia, Costa Rica e República Dominicana, Honduras, Equador, Peru e Paraguai) com o total de 447 participantes. Os resultados evidenciaram que as mulheres no ciclo gravídico-puerperal tiveram dificuldade de acesso ao serviço de saúde em momento oportuno, interrupções e precariedade na assistência no pré-natal e, conseqüentemente,

aumento significativo na mortalidade materna. Ainda destacaram que, além dos impactos negativos à assistência perinatal, as mulheres participantes do estudo sofreram uma repercussão devastadora nos aspectos sociais e econômicos em decorrência da pandemia da COVID-19. (Arnedo *et al.*, 2022)

No Brasil, os dados do observatório da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sobre mortalidade materna divulgaram um estudo com informações alarmantes sobre a alta taxa de mortalidade em mulheres no ciclo gravídico puerperal, fazendo comparativo entre antes e após o surgimento do novo coronavírus. O boletim emitido pela Fiocruz, em maio de 2021, relatou que o país já possuía dados altos de mortalidade materna antes da pandemia e, com o surgimento da COVID-19, a taxa de letalidade que antes era de 2,8% saltou assustadoramente para 7,8%. (Fiocruz, 2021).

Assim, questiona-se: “Como se caracterizam as práticas de atenção ao parto e pós-parto durante a pandemia da COVID-19?”.

Essa discussão torna-se necessária pelo entendimento de que a mortalidade materna é um violador dos direitos à saúde e que, se as taxas foram impactadas, provavelmente houve violação das boas práticas, o que influenciou negativamente nas experiências positivas no período perinatal.

## **1. OBJETIVOS**

Investigar a percepção das enfermeiras obstetras acerca das boas práticas no pré-parto, parto e puerpério na pandemia da COVID-19.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1. Delineamento do Estudo

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Inquérito Nascer COVID”, um estudo multicêntrico da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em parceria com a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), de abordagem mista, cujo objetivo é identificar o perfil da gestação de mulheres que engravidaram durante a pandemia, avaliar as características das gestantes infectadas pela COVID-19 e seus desfechos, identificar o medo relacionado à infecção e verificar fatores que influenciaram nas variáveis da infecção pela COVID-19. Além disso, caracterizar qualitativamente a experiência vivenciada por mulheres que gestaram e pariram e por profissionais que assistiram o ciclo gravídico-puerperal, no contexto da pandemia.

Ainda, o “Inquérito Nascer em COVID”, em novembro de 2020, deu origem a um projeto de extensão desenvolvido em ambiente virtual, através dos perfis nas redes sociais Instagram (@nascere.covid) (Apêndice 1) e Facebook (Nascere e COVID), com o objetivo de levar conhecimento científico atualizado e confiável sobre COVID-19 e gestação, parto e puerpério, em linguagem simples, acessível e ilustrada, através da tradução do conhecimento científico. Nesses perfis, nas redes sociais do projeto, foram realizadas três postagens semanais abordando atualizações sobre o tema proposto, com a disponibilização das referências utilizadas. Além disso, mensalmente eram disponibilizadas as estatísticas das redes sociais e um vídeo contendo o resumo dos temas abordados no último mês. O perfil realiza ainda a divulgação dos projetos de pesquisa associados ao “Inquérito Nascer e COVID”. Até o presente momento (junho de 2022), foram realizadas 225 publicações relacionadas à temática COVID-19 e gestação, parto e puerpério, e o perfil conta com 2931 seguidores na rede social Instagram e 223 seguidores na rede social Facebook.

Para responder ao objetivo do presente estudo optou-se por uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, sob o olhar conceitual das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento (Brasil, 2017) e metodológico da Análise Temática de Bardin (Bardin, 2011).

A decisão pela pesquisa qualitativa ocorreu devido à necessidade de ampliar o entendimento e a descrição de experiências vivenciadas pelas enfermeiras obstetras, buscando identificar o impacto da pandemia nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Através dessa abordagem, busca-se compreender e explicar aspectos da realidade que não podem ser quantificados, de maneira a valorizar o universo dos significados, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos sujeitos sociais. A abordagem qualitativa é recomendada quando se busca conhecer um determinado fenômeno por meio da experiência destes e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e às ações sociais que desenvolvem. (Minayo, 2014).

Nessa perspectiva, em consonância com a natureza da pesquisa qualitativa, a técnica de coleta de dados para a realização deste estudo apoiou-se na estratégia de entrevistas abertas, a partir de uma questão norteadora e com abordagem das temáticas relacionadas no decorrer da conversa.

De acordo com Minayo (2014), a entrevista – tomada no sentido amplo de comunicação verbal e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico – é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo e é, acima de tudo, uma conversa a dois ou entre diversos interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador e destinada a construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa, a partir da abordagem de temas igualmente pertinentes, pelo entrevistador, tendo em vista o objetivo pretendido.

## **2.2. Referencial Metodológico**

O presente estudo utilizou como estratégia metodológica a Análise Temática, fundamentada na perspectiva de Bardin (2016), que permite ao pesquisador realizar, em maior profundidade, os diferentes discursos, adotando uma perspectiva subjetiva do que é e do que não é dito pelos entrevistados.

Busca-se a compreensão do fenômeno sob a perspectiva do desenvolvimento de temas, consistindo em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. (Bardin, 2011, p. 229).

A técnica, considerada transversal, considera a constância dos temas que emergem nos discursos, realizando segmentações conforme o fenômeno e o objeto estudado. (Bardin, 2011).

O processo analítico está estruturado em três etapas:

- a) Pré-análise: etapa na qual desenvolve-se, inicialmente, a leitura flutuante do conjunto de material (no caso derivado das entrevistas) com o intuito de prover interação com o conteúdo ali manifesto, já ponderando relações com o foco em exploração e os elementos categoriais que se evidenciam como presentes;
- b) Exploração do material ou codificação: momento no qual se busca o estabelecimento das categorias, entendidas como expressões ou palavras significativas tradutoras do conteúdo presente no material empírico e que se processa a partir da classificação e da agregação dos dados. Ou seja, buscou-se encontrar termos ou palavras significativas que viabilizassem a organização do material empírico em termos de conteúdo revelado, sempre atentando ao ponto de vista dos atores sociais, sua realidade e o fenômeno colocado em apreensão;
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa ocorrem inferências e interpretações no intuito de inter-relacionar os achados das fases anteriores com o quadro teórico desenhado (Bardin, 2016).

Assim, a análise temática é um método interpretativo de análise de dados, utilizado para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados. É flexível e pode ser adequada a diversos tipos de dados qualitativos. Ademais, organiza e descreve seu conjunto de dados de forma sintética, embora com detalhes ricos (Bardin, 2016).

### **2.3. Participantes**

A população do estudo foi constituída por enfermeiras obstetras que haviam participado do “Inquérito Nascer COVID”. A análise seguiu os seguintes critérios de

inclusão: ser enfermeiro obstetra ou obstetriz e ter mais de 1 ano de atuação na profissão.

No total, 21 profissionais foram contatados, sendo 20 enfermeiras obstetras e uma residente de Enfermagem Obstétrica. Não houve candidatura de obstetriz à pesquisa.

Concordaram em participar da entrevista 13 participantes, sendo que uma participante não compareceu na entrevista agendada, sendo considerada como desistente após mais duas tentativas de reagendamento.

Foram considerados os critérios de exclusão: profissionais que não compareceram à entrevista agendada, após duas tentativas.

#### **2.4. Cenário E Coleta De Dados**

Foi enviado e-mail a todas as enfermeiras e obstetrizes que haviam respondido ao “Inquérito Nascer COVID” com o convite para participar do estudo e o link de acesso online ao TCLE (Apêndice 1), construído na plataforma Formulários Google. Ao final do TCLE, eram apresentadas as participantes duas opções de seleção, sendo a Opção 1: “Li e estou de acordo em participar da pesquisa”, o que a encaminhava para responder questões relacionadas à caracterização socioeconômica, à formação acadêmica, às informações sobre o local de trabalho e às atualizações científicas, com duração de aproximadamente 15-20 minutos (Apêndice 2). Já a Opção 2: “No momento não estou disponível para participar” encerrava automaticamente o formulário.

Após responder às questões, deixaram registrada a disponibilidade para agendamento da entrevista on-line via *Google Meet*. A partir dessa sugestão, a pesquisadora principal gerava o *link* da plataforma *Google Meet* e encaminhava por e-mail. Todas as entrevistas foram gravadas nessa mesma plataforma e, conforme orientação da CONEP, após o término da pesquisa, foram armazenadas em dispositivo eletrônico local, sendo excluídas de ambiente virtual compartilhado “nuvem”, para maior segurança dos dados. O uso da estratégia de entrevista on-line foi utilizado em respeito às normas de contenção da pandemia da COVID-19, como medida de distanciamento social.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal deste estudo, enfermeira obstetra e mestranda, no período de janeiro a abril de 2022, com duração

de aproximadamente 60 minutos. Utilizou-se como disparador da conversa a seguinte solicitação: “Conte-me como tem sido prestar cuidado às mulheres no parto e/ou pós-parto durante a pandemia COVID-19”.

Ao longo do diálogo, foram abordadas outras temáticas com vistas a explorar exemplos relacionados às boas práticas de atenção ao parto e às experiências positivas. As profissionais possuíam espaço flexível de respostas durante toda a entrevista.

O número de participantes foi definido com base em critério de suficiência atribuída pelos autores, tomando por base a compreensão alcançada sobre o fenômeno de interesse (Martinez-Salgado, 2021).

## **2.5. Aspectos Éticos**

Respeitando as recomendações éticas estabelecidas na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), o estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), com o Parecer n.º 4.649.652 e CAAE: 45485921.0.0000.5154 (Anexo 1).

A coleta de dados seguiu todas as orientações norteadas pelo Ofício Circular nº 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para o desenvolvimento de pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual formuladas no contexto da pandemia da COVID-19 (CONEP, 2021).

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e dos preceitos éticos que norteiam uma investigação científica (autonomia, riscos, benefícios e relevância social da pesquisa), assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo.

Para cada participante do estudo, foi disponibilizada uma cópia do TCLE. A pesquisadora esteve disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida do participante em relação à pesquisa, no intuito de assegurar a liberdade de participação.



Ademais, a pesquisadora teve o compromisso com a privacidade e com a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos.

## **2.6. Análise dos dados**

O conjunto de dados obtidos, a partir das entrevistas, foram transcritos na íntegra, utilizando o aplicativo *TranskriptorCi*. Uma leitura conjunta com o áudio foi realizada como forma de garantir a fidelidade das falas, concomitante a isso, aproveitou-se a oportunidade para retirar vícios de linguagem. Novas leituras e releituras flutuantes foram realizadas, com o intuito de exploração do material. Subsequentemente, na exploração do material, foram organizadas as ideias a partir da codificação dos blocos textuais (unidades de codificação), com atenção às boas práticas no parto e no nascimento.

Para tanto, o processo interpretativo ancorou-se nos objetivos determinados e na base conceitual elencada. De acordo com Bardin (2011), essa é uma forma de organizar os dados mediante seu agrupamento em categorias. Ao finalizar essa etapa, foram selecionadas as falas consideradas significativas, com a finalidade de autenticar as conclusões e seus significados.

A partir desse processo, foram identificadas três categorias temáticas: “Mudança nas práticas do atendimento no pré-parto, parto e puerpério”, “Presença do acompanhante” e “Rede de apoio”.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados são referentes à análise das 13 entrevistas concedidas pelas participantes, todas do sexo feminino e enfermeiras obstetras.

Quanto às características socioeconômicas, conforme identificado no Quadro 1, a seguir, as participantes apresentaram idade entre 25 e 47 anos; 64,3% das profissionais se declararam como de cor branca, 50% casadas, 71,4% trabalham em instituição com vínculo empregatício e 28,6% são autônomas, sendo a média salarial de sete salários mínimos<sup>1</sup>; 100% das profissionais possuíam formação em obstetrícia, com predominância da especialização *lato sensu* em 78,6%, sendo a média de anos de formação da maior titulação acadêmica de 3 anos; 85,7% trabalha na Região Sudeste.

Em relação às instituições que trabalham, 35,7% eram públicas e 28,6% privadas, 14,3% em mista e 14,3% em equipe autônoma. Com relação ao local que prestam assistência, 50% atuam em Centro Obstétrico, 23,4% em Centro de Parto Normal (CPN) e 14,3% no domicílio. Apontaram que 46,2% trabalhavam em instituição integrada à Rede Cegonha e 28,6% em Hospital Amigo da Criança e, no geral, 71,4% relataram que a instituição onde trabalhavam adotam as boas práticas na assistência, e 28,6% referiram adotarem, mas que fizeram adequações necessárias para contenção da Pandemia da COVID-19.

---

**Quadro 1.** Perfil das participantes quanto às características socioeconômicas e de formação acadêmica e de trabalho.São Carlos, SP, Brasil, 2022 (n=13)<sup>2</sup>

Participante	Idade	Cor	Situação Conjugal	Renda Familiar (salário-mínimo)	Ano graduação	Pós-graduação	Local de Trabalho	Vínculo
EO1	37	Branca	Solteira	7	2006	Mestrado	Domicílio/Hospitalar	Equipe autônoma
EO2	40	Branca	Casada	Mais de 10	2003	Mestrado	Centro de Parto Normal	Privada
EO3	25	Parda	Solteira	6	2018	Residência	Alojamento Conjunto	Privada
EO4	40	Parda	Solteira	3	2009	Especialização	Centro Obstétrico	Pública
EO5	28	Branca	Casada	8	2017	Especialização	Alojamento Conjunto	Pública
EO6	38	Branca	Casada	10	2005	Especialização	Domicílio	Equipe autônoma
EO7	42	Branca	Divorciada	6	4	Especialização	Centro Obstétrico/Casa de Parto	Mais de uma
EO08	30	Branca	Casada	15	2017	Especialização	Centro Obstétrico	Privada
EO09	35	Branca	Casada	7	2012	Especialização	Centro de Parto Normal	Pública
EO10	45	Branca	Divorciada	6	1999	Especialização	Centro Obstétrico/Casa de Parto	Mais de uma
EO11	33	Parda	Casada	mais de 10	2015	Especialização	Centro Obstétrico	Pública
EO12	46	Branca	Solteira	3	2003	Especialização	Centro de Parto Normal	Pública
EO13	29	Parda	Casada	8	2014	Especialização	Centro Obstétrico	Mista
EO14	47	Preta	Solteira	12	2009	Especialização	Centro Obstétrico	Privada

Fonte: Da autora

---

<sup>2</sup> Salário-mínimo na época da coleta R\$ R\$ 1.212,00 (hum mil duzentos e doze reais).

Considerando a autonomia das enfermeiras no parto, das 92,9% que prestam assistência direta ao parto, 69,3% das entrevistadas consideram ter autonomia para atender as parturientes.

A maioria (71,4%) referiu ter atendido mulheres em trabalho de parto e parto infectadas com a COVID-19, e 57,1% das entrevistadas relataram medo de ir trabalhar após o surgimento da pandemia da COVID-19.

A presença de acompanhante com permissão da instituição foi relatada por 100% das participantes; 78,6% participaram de eventos ligados à saúde materno-infantil após 2020, 50% já participaram do Simpósio Nacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO), 76,9 % já participaram do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON) e relataram a importância de atualização e agregação de conhecimento; 66,7% relataram que o ano de participação foi 2019.

A seguir, os resultados serão apresentados a partir das três categorias temáticas: “Mudança nas práticas no atendimento em saúde no pré-parto, parto e puerpério, “Presença do acompanhante” e “Rede de apoio”.

### **3.1. Mudança nas práticas do atendimento em saúde no pré-parto, parto e puerpério**

As enfermeiras, ao trazerem as práticas de atendimento vivenciadas durante a pandemia da COVID-19, destacaram que algumas mudanças no fluxo de atendimento foram necessárias a fim de conter a propagação da doença, principalmente para aquelas mulheres que apresentavam sinais ou sintomas da COVID-19.

a gente adaptou muitas coisas na casa de parto, adaptou o atendimento o máximo possível para o on-line, deixava a parte presencial só para exames. Tivemos várias mudanças [...] quando começou, a gente não tinha acesso aos testes, a gente não conseguia comprar. Então, a gente fazia os pedidos para elas fazerem no laboratório quando elas tinham sintomas e daí, a gente criou um protocolo que se ela entrar em trabalho de parto durante a COVID, como já entraram algumas já, o parto era assistido no hospital. Mesmo depois da COVID passar, precisava ter a avaliação do bem-estar do bebê para ela poder ter bebê aqui. (EO2)

E, no caso de suspeita ou confirmação de infecção pela COVID-19, então era colocado já essa gestante em isolamento de aerossóis desde o pronto atendimento. (EO3)

Para toda instituição, era tudo muito novo, uma situação nova, a qual ninguém sabia como lidar. Mas uma paciente que chegava em trabalho de parto, dando tempo a tomografia, que era um indício de que era uma possível COVID-19, de um possível diagnóstico. Mas pra comprovar o

diagnóstico, você tinha que ter a tomografia e o PCR, e o PCR demorava pra sair. Então, assim, caso a paciente desse um positivo ou um possível positivo e desse tempo de fazer transferência, a gente tinha os hospitais referenciados, que a gente pedia a vaga pela Cross. Como temos uma demanda muito grande de pacientes de alto risco, a gente não conseguia transferir todo mundo. (EO6)

Você chegava na entrada do hospital ou do pronto-socorro, se você tinha algum sinal ou sintoma de gripe, você ia para uma sala em isolamento, então a gente tinha uma sala de confirmados de COVID-19 e uma sala de suspeitos de COVID-19. Então, a paciente ia para essa sala de suspeito, a gente entrava, fazia a triagem, já coletava ali o PCR, os testes de PCR, pela instituição pertencer à Rede [nome], ele saía em média de doze horas; se fosse durante o dia, saía as vezes em oito horas. (EO7)

Todos os dias era uma orientação diferente e, teoricamente, era para realizar triagem lá embaixo. A gente ficava no quinto andar, então o pronto-socorro era no segundo, era pra triar todos os pacientes que entravam no hospital no segundo andar, mesmo se fosse gestante e se tivesse síndrome respiratória, qualquer sinal, sintoma, ficaria lá. Foi montado um consultório com mesa ginecológica e até berço aquecido, caso estivesse nascendo e aí o médico atenderia essa gestante lá embaixo para não subir e se misturar com as outras gestantes. Eles tinham um consultório para esse isolamento, se chegava paciente com síndrome respiratória, enquanto o pessoal do administrativo fazia a ficha para atender, eles mesmo já perguntavam se a paciente estava resfriada, com tosse, febre. Se ela dissesse que sim, eles já nos avisavam e a gente já colocava ela neste consultório, então aí lá, a gente fazia a triagem de classificação de risco, a enfermagem fazia e o médico atendia neste consultório. Se fosse positivo para a COVID-19, ela ia também para um quarto de isolamento, onde ela ficava em trabalho de parto. E aí dependia um pouco assim da evolução e da dinâmica do centro obstétrico, chegou a nascer neste quarto ou, no momento que fosse para nascer, subia para o centro obstétrico, isolava a sala, ela ficava lá, nascia, fazia o pós-parto lá, depois tirava, aquela limpeza toda. Agora está sendo feito para todas as internações o teste, cem por cento das internações de gestantes ou parturientes a gente agora faz o teste rápido em todo mundo. (EO8)

Os trechos acima demonstram as mudanças nos fluxos do atendimento aos serviços de saúde, o que levou à alteração das rotinas nas boas práticas da assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Pelas falas, pode-se evidenciar que essas transições ocorreram em diferentes locais que prestam assistência à parturiente. Seja na casa de parto, no pronto-socorro obstétrico ou no centro obstétrico, foram necessárias algumas intervenções para evitar a propagação do novo coronavírus.

Por meio dos relatos das enfermeiras obstetras sobre como estava sendo prestar assistência às parturientes em “tempos de COVID-19”, é perceptível identificar que, no início da pandemia, cada instituição assumia uma conduta independente, de acordo com as suas necessidades, pela ausência de protocolos e estudos que norteavam as ações. Percebe-se que houve a necessidade de reorganização no fluxo do atendimento, na organização do modo de trabalho, na

gestão de pessoas, insumos e tecnologias, dado o aumento da demanda de pacientes nos serviços de saúde.

Na atenção à saúde da mulher, a reorganização do fluxo dos serviços começou a impactar desde a gestação até o puerpério, pois as consultas de pré-natal ficaram mais restritas, assim como as rodas de conversa, na atenção básica, nas quais eram esclarecidas as dúvidas. Isso levava a mulher a se sentir mais confiante no momento do parto.

No decorrer do trabalho, foram levantados dois locais onde era prestada a assistência perinatal: nas casas de parto e nos hospitais. Após o início da pandemia da COVID-19, principalmente no âmbito hospitalar, houve grandes mudanças na assistência à saúde da mulher no pré-parto, parto e puerpério.

É perceptível pela fala das participantes que, após o surgimento do novo coronavírus, no ambiente hospitalar, desde o atendimento inicial no pronto-socorro, passando pelo centro obstétrico e até no alojamento conjunto, houve mudanças na assistência à mulher e ao recém-nascido. Essas mudanças aconteciam já no primeiro contato dessas mulheres com as instituições, devido ao isolamento em local privado para evitar a contaminação com as outras pessoas que ali estavam.

Já no decorrer do trabalho de parto, era permitida a deambulação em ambiente mais restrito, e os métodos farmacológicos de alívio da dor eram adaptados dentro da nova realidade imposta pelas restrições que a pandemia da COVID-19 impôs, o que gerou impactos no momento do parto. Em várias ocasiões, era realizado o clampeamento imediato do cordão umbilical no recém-nascido e levado para banho imediato, depois mãe e bebê eram encaminhados ao alojamento conjunto e permaneciam em quarto com isolamento de aerossóis e contato, de forma que não eram mantidos contatos com outras pacientes.

Já nas casas de parto, também conhecidas por Centro de Parto Normal Perihospitalar (CPNp), embora não tenha havido uma mudança tão abrupta nas práticas dos serviços de saúde, houve alteração das rotinas no atendimento inicial, pois, por atender somente partos de baixo risco, foi definido que as casas de parto não iriam admitir pacientes com sintomas gripais, com diagnóstico suspeito ou confirmado da COVID-19. Quando a gestante realizava pré-natal na casa de parto e apresentava qualquer um desses sintomas, era orientada a procurar os serviços de saúde e realizar o teste para detecção da doença e, somente após resultado negativo, era permitido continuar com o pré-natal na instituição.

Há que se ressaltar que os CPNp frequentemente são procurados pelas parturientes por apresentarem protocolos mais flexíveis, assistência humanizada e por colocarem a mulher como protagonista no parto. Ademais, elas conseguem, desde o pré-natal, envolver o (a) parceiro (a), os familiares e toda a rede de apoio da mulher na gestação, no parto e no puerpério.

Nessa direção, as enfermeiras obstetras reforçam que não houve uma mudança radical nas práticas dos serviços de saúde das CPN, mas que aconteceram alterações das rotinas desde o atendimento inicial, sendo definido que as casas de parto não iriam admitir pacientes com sintomas gripais, com diagnóstico suspeito ou confirmado da COVID-19. Quando a gestante realizava pré-natal na casa de parto e apresentava quaisquer um desses sintomas, era orientada a procurar os serviços de saúde e realizar o teste para detecção da doença, e somente após resultado negativo, era permitido continuar com o pré-natal na instituição.

A casa de parto, ela atende gestante de baixo risco. Então, logo que começou isso tudo, a gente definiu entre nós, porque era tudo muito novo, que a gente não atenderia toda e quaisquer gestantes que tivessem qualquer sinal ou sintoma de COVID. (EO5).

A gente teve alguns casos de gestantes, por exemplo, que ligavam pra gente e falavam assim: "Olha, a minha mãe testou positivo, mas eu não fiz o teste. Aí a gente falava assim: "Então você precisa fazer o teste. Enquanto você não tiver o teste negativo você não pode vir pra casa (EO5).

As casas de parto, por razões culturais e de divulgação no Brasil, antes do início da pandemia da COVID-19, possuíam um número singular de partos por mês, eram permitidos dois acompanhantes, esse segundo acompanhante sempre de livre escolha da mulher, na maioria dos casos era a doula. No entanto, a partir de março de 2020, quando teve início a pandemia da COVID-19, participantes do estudo relataram aumento exponencial do número de procura por atendimento e realização de partos nas casas de parto do serviço público, onde as parturientes relatavam se sentir mais seguras devido às casas de parto serem um ambiente mais restrito, por não haver pacientes de demais especialidades - como no ambiente hospitalar -, com menor risco da propagação da COVID-19, chegando ao número de partos a 1000% de aumento.

Eu fiz um trabalho, um levantamento na casa de parto onde trabalho, que no primeiro semestre de 2020, a gente fez mais partos do que o ano inteiro de 2019. É muito número, tínhamos cerca de 20 partos por mês, passamos a ter cerca de 200 partos ao mês. (EO5)

Aqui em [cidade], a gente tem uma deficiência grande de pré-natal, por conta da demanda de muita gestante, principalmente na rede pública. E aí o que acontecia é que a gestante, às vezes, começava a passar na casa de parto, porque não tinham consulta mais no pré-natal da sua região e do seu pré-natal mesmo, e aí elas falavam: “Eles não têm vaga, fecharam”, então a gente teve umas questões difíceis com relação a isso. Tanto que a gente abriu algumas portas com relação ao ultrassom, a fazer exames, porque a gente fez esse papel. Um papel que não era da casa de parto de pedir exames de terceiro trimestre, porque elas chegavam sem exames (EO5).

É perceptível observar, pelos relatos das participantes, o aumento significativo de procura das casas de parto pelas mulheres, logo no primeiro ano pandêmico. As participantes acreditam que esse aumento na procura pelas Casas de parto é devido ao menor fluxo de pessoas, sendo assim seria menor o risco de contaminação. Outro fator determinante é o acolhimento recebido pelas gestantes desde o pré-natal, quando não conseguiam vaga na atenção primária, sendo evidenciado neste período o modelo humanizado e acolhedor das casas de parto.

Um estudo multicêntrico envolvendo os Estados Unidos e o Canadá relata que, nos últimos anos em período pré-pandêmico, já havia sido detectado aumento do número de partos realizados em casa de parto e parto domiciliar acompanhados por enfermeiros obstetras. No Canadá, o próprio governo, durante a pandemia, assegurou que fossem criadas mais casas de parto no país. Nos Estados Unidos, a *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* emitiu nota técnica, em março de 2020, assegurando que as casas de parto credenciadas eram lugares seguros para se dar à luz em meio à pandemia. Isso gerou um grande aumento na demanda de parturientes, por considerarem se sentir mais seguras tendo seus filhos fora do ambiente do hospitalar (Davis, Anderson e Johnson, 2021).

Os reflexos do impacto da pandemia não foram percebidos somente no pré-parto, parto e puerpério. Na atenção primária, em que se inicia o pré-natal, houve contingência no atendimento devido ao colapso nos serviços de saúde, que acabou afetando práticas comuns no pré-natal, como a confecção do plano de parto.

Na casa a gente tem uma das questões, é isso: confeccionar um plano de parto no início do atendimento. Na verdade, a gente mescla o nosso com o dela, então a gente lê juntas o plano que ela trouxe e aí vê o que cabe ou que não cabe, inclui algumas coisas, tira algumas coisas, essa era sempre a nossa rotina e aí, quando ela não tinha, a gente criava um (EO5).



Aqui na casa de parto, temos pré-natal coletivo, onde a gente direciona as gestantes a começar a fazer o plano de parto juntas. A gente entrega um modelo, elas podem mexer do jeito que quiserem no modelo, mas a gente explica para elas no pré-natal, faz parte de uma iniciativa nossa oferecer isso para elas o que é, aí elas trazem dúvidas do plano de parto e elas montam o dela, isso incentiva e faz parte do pré-natal oferecer o plano de parto. (EO2)

Os planos de parto, que eram mais habituais antes da pandemia, diminuíram a frequência com que eram trazidos à instituição, então eram confeccionados desde o primeiro atendimento à parturiente na casa de parto; caso a parturiente chegasse com o próprio plano de parto era mesclado com o da casa. Após a pandemia do novo coronavírus, foi percebido o aumento do número de gestantes que começaram a passar nas casas de parto para realizar o pré-natal, pois muitas Unidades Básicas de Saúde alegavam não possuírem mais vagas devido ao estado de contingência, com muitos profissionais afastados. O pré-natal completo estava sendo realizado pelas enfermeiras obstetras, desde a coleta de exames até a realização de ultrassom.

O plano de parto é visto muitas vezes pela parturiente como uma garantia de expressar o que desejam e o que não gostariam que fosse feito durante o parto, tornando-o mais prazeroso e seguro. Com a realização desses desejos, a mulher desfrutaria uma experiência positiva no parto. Nas casas de parto, o plano de parto era estimulado a ser confeccionado desde o pré-natal e, no caso de a parturiente não possuir um plano, já era realizado junto a ela no início do atendimento. Ainda, caso essa mulher já trouxesse um plano de parto dialogado junto dela para ser adequado com o da instituição, sempre era mantido o protagonismo dessa mulher no seu parto. Durante o período pandêmico, a Fundação Oswaldo Cruz publicou sobre a importância do estímulo do plano de parto durante a pandemia, já devendo começar a ser construído no pré-natal, a fim de que a gestante tivesse tempo para refletir e colocar nesse plano de parto todos os seus objetivos, as suas aspirações e as suas expectativas para o momento do parto (BRASIL, 2021).

Durante o trabalho de parto, foram mantidos o partograma de progressão a partir da fase ativa do parto e a estimulação de movimentação no primeiro estágio do trabalho de parto. É rotina na assistência feita pelas casas de parto a atuação com métodos não farmacológicos de alívio da dor e práticas integrativas, como: bola, banho, cavalinho, banheira, esalda pés. Esses, desde a pandemia da COVID-19, não sofreram impacto. Visto que as parturientes não eram infectadas pelo novo

coronavírus, foram mantidos o contato precoce entre mãe e filho e a amamentação na primeira hora de vida.

O partograma faz parte dos documentos da SAE na casa de parto e deve ser preenchida a partir do momento que a paciente entra na fase ativa. E a gente usou durante todo o tempo da pandemia e nunca paramos de usar (EO5).

São estimuladas o tempo todo caminhar, alimentos, isso não mudou durante a pandemia, a gente manteve que elas podem trazer coisas de casa. A gente tem muitas pacientes que eram vegetarianas, veganas, elas traziam a alimentação de casa e não teve problema nenhum durante a pandemia (EO5).

Foram mantidas todas as práticas integrativas de alívio da dor: bola, banho, banquinho, cavalinho, banheira. Lá tem a banheira, não mudou nada com relação à COVID o uso da banheira (EO5).

Em todo o mundo, não havia um protocolo definido das condutas no início do surgimento do novo coronavírus. Nos hospitais, cada instituição determinava a conduta de acordo com a sua realidade e suas necessidades. Nas parturientes que não apresentavam sinais ou sintomas da COVID-19, foram mantidas as boas práticas no nascimento, que já eram utilizadas antes da pandemia da COVID-19. A mudança nas boas práticas e a alteração no fluxo do atendimento em pacientes que apresentavam sintomas gripais ou já eram confirmadas infectadas para o novo coronavírus, já eram colocadas em isolamento por aerossóis e contato desde o Pronto Socorro Obstétrico.

No pronto-socorro, tinha um consultório que ficava para isolamento. Eram três consultórios, um da enfermeira e dois do médico. Se viesse alguma paciente com algum sintoma gripal, então a gente já isolava ela em um desses consultórios médicos. A gente atendia lá, a pessoa que era responsável por atender a equipe que era responsável e ali a gente fazia tudo. Fazia cardiocografia, ela era avaliada e se ela precisasse internar ali mesmo a gente fazia tudo e aí ela ia para uma sala de PPP, mesmo que fosse trazer indução, por exemplo. Ela ia pra uma sala de PPP para ficar isolada, porque os outros leitos de pré-parto lá eles eram compartilhados, com dois ou três leitos. Essa paciente ficava em algum PPP já isolada, e a gente tinha separado dois PPP para isolamento até o nascimento e depois, nas alas, ela também ia para um outro alojamento, então com outro isolamento lá nas alas (EO5).

No recorte acima são relatadas todas as mudanças necessárias a serem implementadas, desde o contato inicial das pacientes com a instituição de saúde, e como se dava todo o fluxo de atendimento dos profissionais, bem como a estada do paciente no local. Isso ocorreu devido ao motivo principal da reestruturação dos serviços de saúde em resposta à pandemia da COVID-19: salvar vidas. A capacidade de adaptação de cada instituição dependeu de diversos fatores sendo

alguns deles a estrutura física, profissionais atuantes na linha de frente, número de pacientes atendidos, entre outros.

No ambiente hospitalar, a assistência à saúde perinatal sofreu grandes mudanças devido à necessidade de readaptação dos hospitais. Sendo o maior desafio sanitário sem precedentes na história, a pandemia da COVID-19 cobrou respostas rápidas e adaptadas à realidade de cada país, estado ou região. Com o passar do tempo, foram emitidas notas técnicas pelo Ministério da Saúde orientando sobre o manejo da pandemia (Stofel *et al.*, 2021). A reorganização dos serviços de saúde, além de tentar diminuir a propagação do vírus, tinha também ações para o aumento de números de leitos, principalmente na atenção terciária, onde estão concentradas as unidades de tratamento intensivo (Medina *et al.*, 2020).

No sistema público, os planos de parto, que não eram tão frequentes, sofreram queda abrupta e impactante após o surgimento da pandemia da COVID-19, diferente dos hospitais privados, aonde a maioria das parturientes já vem munida do plano de parto, muitas vezes já orientadas pelas enfermeiras obstetras particulares que prestam assistência a essas pacientes.

No SUS, ali eu vi pouquíssimos planos de parto e, pelo menos para mim, é um documento superimportante, então quando eu tinha um plano de parto na mão, eu sempre ia, eu pegava as informações mais importantes ali quando eu passava plantão, eu inclusive colocava o plano de parto junto com a carteira dela de pré-natal e passava algumas informações importantes ali que eu vi aqui na nossa assistência, às vezes seriam diferentes. Mas, assim, pouquíssimas mulheres com plano de parto, infelizmente é uma prática que você não vê tanto no SUS, o que é uma realidade que eu vejo totalmente diferente hoje no hospital particular. Quase todo mundo tem plano de parto e são planos de parto assim que você vê que aquela gestante construiu o plano de parto dela, ela não pegou um igual ali de alguém e deu uma modificada, ela construiu baseado realmente no que ela deseja e porque também são pessoas mais orientadas, que geralmente tem uma enfermeira obstetra particular (EO7).

Onde eu trabalho é uma área periférica, então são pacientes bem carentes, pouco orientadas, então normalmente já não tem um plano de parto, agora com a pandemia menos ainda.

O plano de parto, citado pelo Ministério da Saúde como um dos quesitos principais nas “Boas práticas na atenção ao parto” por expressar os desejos das mulheres (Brasil, 2017), segundo os relatos, foram praticamente esquecidos durante a pandemia. As falas destacam que chegavam poucas mulheres com plano de parto, bem provavelmente pela queda da qualidade do pré-natal, bem como a falta de atividades educativas.

Pesquisas na temática corroboram que o atendimento ao ciclo gravídico puerperal foi reorganizado em torno das novas demandas geradas pela COVID-19 e passou por modificações, como a proposta de realização de consultas presenciais alternadas com teleconsultas durante a gestação e após o parto, orientações virtuais sobre a gestação, lactação e contracepção no pós-parto, além da suspensão de grupos presenciais de apoio, como grupos de gestantes e cursos para pais; em alguns casos, houve até mesmo a suspensão de consultas pré-natais e puerperais (Amorim, 2021; Dotters-Katz e Hughes, 2020; Brasil, 2020).

A movimentação desde o primeiro estágio do trabalho do parto foi abordada pelas enfermeiras como algo impactado, principalmente pela necessidade de isolamento em pequenos espaços.

O que mudou após a pandemia foi que a gente incentivava a movimentação dentro do quarto. Antes podia até deambular no corredor, depois da pandemia só era permitido que a deambulação ocorresse dentro do quarto e toda a estimulação de movimentação durante o trabalho do parto, dentro do quarto. (EO4)

Alimentação e líquidos durante o trabalho de parto sem distocias foram mantidos, sendo também oferecidos métodos não farmacológicos de alívio da dor com o objetivo de proporcionar o controle e alívio da dor, sendo os mais comuns utilizados nas instituições: o banho, a bola suíça, cavalinho, massagens, rebozo, bolsa de calor e, somente em instituição privada, analgesia para o parto quando ela desejasse.

É ofertado alimentação e líquido durante todo o trabalho de parto normal, somente se ela tiver alguma complicação durante o trabalho de parto que possa virar uma cesárea, que aí passa ser vetado. (EO6)

Usamos o rebozo, aromaterapia, cromoterapia, hidroterapia, massagem, verticalização, a única coisa que a gente não tem lá é anestesia (EO6).

Eu já tinha que abrir no pronto-socorro conforme a avaliação que eu havia feito nela ali no pronto-socorro a partir de 6 centímetros de dilatação e ela subia pro CO já com esse plano, com esse partograma aberto. Se por um acaso eu não abrisse ela e ela estivesse mais do que com seis centímetros pode ter certeza que eu era cobrada assim e então era uma coisa que tinha que estar muito certa. Já hoje no hospital que é privado, o partograma ele é feito após o nascimento, então após o nascimento o obstetra vai lá na maioria das vezes faz alguma coisa e pronto, porque o plano de saúde cobra o partograma e paga em cima do partograma (EO7)

Outras mudanças nas práticas aconteceram no contato pele a pele e clampeamento imediato do cordão umbilical, na grande maioria das instituições onde as participantes do estudo são atuantes. Era comum em situações que as mães

eram suspeitas ou positivas para a COVID-19 realizar o banho profilático imediato no bebê após o nascimento, o que levava a impactar também na amamentação, na primeira hora de vida, devido ao tempo que se leva para realizar o banho e as demais intervenções imediatas que são realizadas após o nascimento.

Em caso de suspeita ou confirmação de parturiente com a COVID-19, estava sendo realizado o clampeamento imediato do cordão umbilical e o RN tomava banho ao nascer. (EO3)

Banho imediato em casos de suspeita ou confirmação para a COVID-19, o que impactava muitas vezes na amamentação na primeira hora de vida (EO6)

Cabe ressaltar que a literatura inicialmente apontou para a separação total entre mulher e bebê após o nascimento, privação do contato pele a pele e do aleitamento materno durante a quarentena materna, como preventivas à transmissão da COVID-19, práticas essas que vão em desencontro a um modelo que busca a experiência positiva. (Dotters-Katz e Hughes, 2020).

Apesar disso, documentos e notas orientadoras nacionais e internacionais foram atualizadas e, mesmo diante de controvérsias, foram retomadas as orientações de boas práticas assistenciais já estabelecidas, que busca proporcionar experiências positivas, reafirmando benefícios já conhecidos do apoio emocional contínuo para a mulher e do contato precoce e continuado com o bebê, promovendo a criação de vínculo, autonomia e segurança, além da importância de decisões compartilhadas em saúde. (Stofel, 2021; ACOG, 2020; FEBRASGO, 2020; Who, 2021).

Ao longo da história, crises humanitárias sempre geraram oportunidades para privações de direitos ou negação de ações que podem beneficiar as pessoas. No decorrer da pandemia da COVID-19, não foi diferente. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), lançou a normativa em abril de 2020, em que aborda “Recomendações sobre os cuidados respiratórios do recém-nascido com COVID-19 suspeita ou confirmada” e, em maio de 2020, as “Recomendações para a assistência ao recém-nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada”. As normativas explanam como deveria ser realizada a assistência segura a recém-nascidos desde o momento do parto até o puerpério em casos em que as mães são suspeitas ou confirmadas de infecção pelo novo coronavírus (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

Com relação ao banho profilático após o nascimento, devido a controvérsias em estudos internacionais, foi mantida a conduta individualizada institucional. Para amamentação e contato pele a pele, a orientação é que fossem realizados após cuidados de higiene após o parto para mãe e bebê, sempre adotando as medidas de prevenção de contágio necessárias. Mesmo assim, diversos serviços adotaram protocolos próprios, privando frequentemente os recém-nascidos de seus direitos e impactando a experiência positiva no parto da mulher (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

Um estudo espanhol acompanhou, na primeira onda da COVID-19, e analisou todos os hospitais daquele país que são credenciados da “Iniciativa Amigo da Criança” - Fundo das Nações Unidas para a Infância. O estudo revelou que parturientes as quais estavam infectadas com o novo Coronavírus sofreram maiores impactos das boas práticas no parto e no nascimento em comparação às mulheres que não eram portadoras da COVID-19. As práticas mais impactadas foram: a presença do acompanhante, contato cutâneo após o nascimento, amamentação na primeira hora de vida e permanência em alojamento conjunto. O estudo também enfatizou o impacto nas boas práticas, fazendo comparação ao período pré-pandêmico com o período pós-pandêmico (Amat, Alonso e Aguilar, 2021).

Cabe ressaltar que a literatura inicialmente apontou para a separação total entre mulher e bebê após o nascimento, a privação do contato pele a pele e do aleitamento materno durante a quarentena materna, como preventivas à transmissão da COVID-19, práticas essas que vão de encontro a um modelo que busca a experiência positiva. (Chen et al., 2020; Dotters-Katz e Hughes, 2020).

Apesar disso, documentos e notas orientadoras nacionais e internacionais foram atualizadas e, mesmo diante de controvérsias, foram retomadas as orientações de boas práticas assistenciais já estabelecidas, que buscam proporcionar experiências positivas, reafirmando benefícios já conhecidos do apoio emocional contínuo para a mulher e do contato precoce e continuado com o bebê, promovendo a criação de vínculo, autonomia e segurança, além da importância de decisões compartilhadas em saúde. (Stofel, 2021; ACOG, 2020; FEBRASGO, 2020; Who, 2020).

### 3.2. Presença do Acompanhante

O processo de parturição é um momento cheio de descobertas, expectativas e inseguranças. A presença do acompanhante mostra-se essencial, pois exerce um papel fundamental para ajudar as parturientes a enfrentarem o medo, a insegurança, a fragilidade e todos os anseios que surgem nessa fase. Assim, há o amparo à mulher neste momento em que surgem sentimentos ambivalentes com relação à nova fase que se inicia em sua vida.

Nas casas de parto, sempre foram permitidos dois acompanhantes. Após o início do surgimento do novo coronavírus, foi limitado a um acompanhante somente, o que frequentemente impactava na presença da doula. Também foram restringidas as visitas à parturiente. Mesmo sendo considerado um ambiente com menores restrições que o hospitalar, nas casas de parto, não era permitida a troca de acompanhante e nem que ele ficasse circulando fora do quarto onde ele e a parturiente estavam, também não era permitido que o acompanhante fosse para casa e retornasse, devendo ficar todo o tempo de permanência da parturiente na instituição. Nas casas de parto, por trabalharem com alta precoce pós-parto, as pacientes eram liberadas 24 horas após o nascimento do bebê.

Pois o acompanhante continuou a ser de escolha dela. Teve uma época que o que a gente chegou a limitar a um acompanhante (EO2).

Esse foi um problema, porque na casa de parto a gente sempre teve essa coisa do acolhimento e de mais acompanhantes, das visitas que eram liberadas, então tudo isso mudou em 2020, a gente ficou, restringiu a um acompanhante só. Lá na casa sempre ela teve direito a dois, daí, na pandemia em 2020, ela ficou com um acompanhante só (EO5).

Além de gerar inúmeros benefícios durante o trabalho de parto, garantir a presença do acompanhante é um ato de humanização para a mulher e o bebê. Embora durante a pandemia da COVID-19, devido à ausência de protocolos, coube a cada instituição executar ações que fossem mais adequadas à sua realidade, porém, entidades de reconhecimento a nível mundial, como a ONU Mulheres e a OMS, emitiram nota técnica sobre a importância de garantir o direito da mulher a ter o acompanhante no processo de parturição, mesmo em épocas de crise da pandemia do novo Coronavírus (Berghella e Hughes, 2019).

Nos hospitais, quando iniciou a pandemia, mesmo com a legislação vigente que garante o direito da parturiente ao acompanhante antes, durante e após o nascimento, algumas instituições proibiram totalmente a presença do acompanhante

embasada na situação de calamidade pública que se instalou no mundo devido ao surgimento do novo coronavírus, alegando que o intuito era prevenir contaminação e infecção pela COVID-19. Com o decorrer do tempo, autoridades em saúde foram criando manejos diante das situações em decorrência da COVID-19 e novos protocolos clínicos foram criados.

Houve situações em que começaram a ser flexibilizada a presença do acompanhante, somente em momentos específicos. Quando a gestante chegava ao pronto-socorro obstétrico, o acompanhante era permitido somente no momento da consulta e, após a internação da mulher, durante toda a evolução do trabalho de parto, não era permitida a presença do acompanhante, somente na hora do nascimento e duas horas após o nascimento; depois, somente quando a puérpera ia para o alojamento conjunto, era autorizado um acompanhante da escolha dela para permanecer durante o puerpério.

Após o surgimento da vacina contra a COVID-19, que no Brasil teve início em janeiro de 2021 e com o avançar da vacinação na população brasileira, passou a haver flexibilização com relação à presença do acompanhante nas instituições hospitalares, podendo permanecer o mesmo acompanhante durante toda a internação, sem poder ser efetuada a troca e as visitas mantiveram-se suspensas desde o início da pandemia. Outra situação que, durante a pandemia, passou a ser muito frequente foi que, por ausência de informação ou muitas vezes guiadas por *fakenews*, algumas mulheres optaram por não ter acompanhante, pelo medo de contaminação e infecção delas próprias ou do bebê.

Lá em dois mil e vinte, nada. Ninguém entrava, era todo mundo sozinho, aí a gente começou a deixar assistir o parto, acompanhante entrava no nascimento exclusivamente para ver só o nascimento. Eu acho que foram talvez uns seis meses em que não entrou nada. Por volta do começo do ano de 2021, já fevereiro estava liberado o acompanhante as vinte e quatro horas com ela, o tempo todo (EO8).

O acompanhante ficava o tempo todo sem direito à troca e sem poder circular, ele ficava no quarto com a paciente onde ela estava em isolamento por aerossóis e contato (EO2).

Eu acho que o maior problema foi por não poder ter, por exemplo, a presença da doula. Quando veio a pandemia, no início, tirou-se todo mundo, tirou doula e tirou acompanhante, e o acompanhante entrava só durante o trabalho de parto, pois o hospital que trabalho antes da pandemia era permitido o acompanhante e a doula. Depois, foi se flexibilizando com relação ao acompanhante, somente em 2022 voltou a ter doula (EO8)



Embora amparado pela Lei n.º 11.108/2005, que garante a presença do acompanhante no pré-parto, parto e puerpério, em virtude da pandemia da COVID-19 e seu alto poder de transmissibilidade, em algumas instituições, esse direito foi vetado no intuito de conter a infecção. Já em outras instituições, era permitida a presença do acompanhante, porém não era permitida a troca durante toda a internação, que pode ser um fator prejudicial, pois devido ao cansaço e exaustão do acompanhante, podendo impactar no desempenho do seu papel. Outras situações recorrentes ao longo da pandemia foram ocasionadas pela falta de informação, pelas *fakenews* e por fatores pessoais como a paciente não desejar a presença do acompanhante por temer que haja aumento de chances de que ela e o bebê sejam infectados pelo novo coronavírus.(Araujo *et al.*, 2022).

### **3.3. Rede de Apoio**

O processo de maternagem é iniciado desde o gestar e, a partir do nascimento do bebê, evolui. Esse momento é compartilhado com pessoas do círculo social da mulher, com as quais ela possui afinidades, reciprocidade e formação de vínculos, tornando-se a rede de apoio da parturiente. A rede de apoio pode assumir a posição de auxílio nos cuidados, tanto da mãe quanto do bebê, ajuda nas tarefas diárias e suporte emocional e afetivo.

Devido às restrições impostas pela pandemia, as pessoas pararam de receber familiares. Na maioria das vezes, a parturiente é acompanhada pelo (a) companheiro (a), sendo banida a visita das instituições como forma de evitar o contágio. A rede de apoio é formada por mãe, irmãs, sogra, tias, vizinhas e amigas com quem muitas parturientes relatam ter maior afinidade por estar entre mulheres. A partir do surgimento do novo Coronavírus, elas não podiam estar presentes, causando um grande impacto na rede de apoio.

Com a suspensão das atividades presenciais, em que o contato humano se manteve distante, as mídias sociais, os aplicativos de comunicação e o suporte dos profissionais de saúde por telefone ou teleconsulta foi essencial para compensar a distância das pessoas que compunham a rede de apoio. A rede de apoio exerce um papel fundamental na vida da parturiente, desde a gestação ao puerpério, apoiando, tirando suas dúvidas, auxiliando nos cuidados com a mãe e o bebê e o mais importante: dando suporte emocional a essa mulher.

A gente tem muitos casais sem família aqui, e aí os familiares vinham de fora para ficar nas casas, por um bom tempo ficaram sem vir, mas agora elas voltaram a vir, então os casais ficavam sem rede de apoio, sem ninguém (EO2).

Um estudo americano publicado em 2021 relata que as privações da rede de apoio que a pandemia causou devido ao distanciamento social teve graves impactos na saúde mental das parturientes. Os autores ainda destacam a importância para que, no futuro, realizem-se estudos para analisar o impacto que a falta da rede de apoio causou em crianças que nasceram no período de crise da pandemia da COVID-19 (Osborne, Kimmel e Surkan, 2021).

Visto que a rede de apoio se constitui muito além do núcleo familiar e funciona com uma ampliação da família da gestante, é com essas pessoas que essa mulher, desde o início da sua gestação, compartilha suas expectativas, sonhos, planos e anseios sobre aquele bebê que logo chegará na vida dela. No início e durante o trabalho de parto, esse apoio continua sendo fundamental na vida da parturiente, com o intuito de que ela se sinta mais segura, dando mais amplitude para que ela se torne protagonista desse momento tão especial na vida dela, chegando até ao puerpério que será marcado por intensas mudanças.

Então eu acho que sim, eu acho que eu sou muito da versão de que quando a paciente não está sozinha, ela se sente mais segura. Se você for aberto a ter alguém da paciente que ela confie, porque não que a gente não seja um profissional capacitado, seja um bom profissional, o paciente não conhece a gente, ela tem os medos, tem os receios e desde que ela esteja com alguém da sua confiança que ela esteja com alguém de que deu um apoio, de que ela sinta segurança fica, vamos dizer assim, um trabalho de parto mais significativo, mais viável. (EO6)

A gente tinha gestantes que ligavam de madrugada pra gente desesperadas, estavam com o bebê chorando, porque não tinha ninguém. E as mães (avós), como maioria das vezes, eram idosas e, no começo, tinha toda uma preocupação com os mais idosos, então até os avós estavam preocupados, então conheciam o bebê por chamada de vídeo [...]. Então, ela não tinha rede de apoio, então teve muito mais atendimento de problemas com amamentação do que antes da pandemia, é um fato isso (EO5).

Porque é um momento muito especial pra ela, eu tive meu bebê na pandemia também, então muda bastante, porque você quer aquela visita, você quer receber pessoas para apresentar o bebê e pra compartilhar um momento tão especial e, infelizmente, isso não acontece. E lá acontece muito de quem fica só o pai da criança e, às vezes, a puérpera ou a gestante, ela não tem aquele apoio do companheiro. Geralmente, o apoio é da mãe, da avó e da sogra. Que é mulher, se entende entre mulheres no momento do parto. (EO4).

Nesse período, mesmo as pacientes indo embora para casa, a gente tinha como ter informações sobre elas, pois elas retornam à casa de parto no puerpério. Então eu acho que mesmo as pacientes que não tiveram a COVID-19, impactou bastante na rede de apoio, porque aí elas começaram a ter medo de receber pessoas, e a gente sabe que é muito difícil, o início do puerpério é muito complicado, a paciente precisa de ajuda, é privação de sono, cansaço, é um bebê novo na casa, então a maioria sempre reclamou muito, por não poder ter alguém lá ou por não ter ajuda, ou por não poder ver gente, então elas sentiam, tanto as que tiveram COVID-19, quanto as que não tiveram. (EO9).

O puerpério costuma ser uma fase na vida da parturiente com características bem peculiares, sendo um período bastante difícil na vida da mulher, pois além do organismo da mulher estar em transição para as condições anteriores à gestação, ela precisa lidar com alterações hormonais e psicológicas as quais podem surgir no pós-parto como o blues puerperal, psicose puerperal e depressão pós-parto. Além desses fatores, a chegada de um recém-nascido demanda novas adaptações a rotina dessa mulher. Mediante todos esses fatos, pode-se afirmar que é fundamental a rede de apoio na vida da parturiente.

O distanciamento social imposto pela pandemia impactou no acesso dessas mulheres à rede de apoio, pois, durante os períodos mais críticos da pandemia, foi imposta a quarentena pelas autoridades em saúde, com rígidos padrões de distanciamento social e reclusão em domicílio, na tentativa de diminuir o contágio do novo coronavírus. As casas de parto, por formarem um vínculo pós-parto com a paciente, foram fundamentais para dar suporte a puérpera neste período difícil, sendo prestada a assistência, tiradas as suas dúvidas, ou seja, funcionando como “rede de apoio” (Aranha, 2021).

Se por um lado a rede de apoio na pandemia ficou mais fragilizada, a parentalidade começou a ganhar força desde o período gestacional, pois, devido a muitos pais vivenciarem o trabalho remoto, tornaram-se mais participativos. E, quando chegava o momento do parto e do puerpério, os laços se tornavam mais fortes, pois as parturientes contavam com o apoio de parceiros (a), o que não era frequente devido a sempre haver mais pessoas da rede de apoio presente na vida da mulher.

Teve esse movimento interessante assim, porque daí o pai, muitos deles estavam em home office, até no pré-natal conseguiam participar. E como os grupos eram on-line, eles conseguiam estar aqui, conseguiam participar, diziam que estavam trabalhando, mas estou participando do grupo, que, se fosse talvez presencial, eles não poderiam ir muitas vezes por causa do trabalho. Então isso é uma postura mais ativa assim dos companheiros, especialmente das mulheres de participar dos cuidados, e eram eles que iam cuidar dos bebês deles na casa depois. (E02)

A assistência da casa de parto só reforçou mais os vínculos familiares de homem, mulher, de parceiro com parceira, porque era ele que ela tinha, então ela tinha que confiar e acreditar nele. Antes tinha mãe, irmã, tinha avó, tinha tia, tinha doula. Agora era só o marido ou o parceiro ou parceira. (E05)

Casais enfrentaram desafios muito específicos por estarem mais tempo juntos. Se por um lado ocorreram os desafios de uma convivência, para a mulher, no período gestacional, começou a haver benefícios desde o pré-natal, pois o companheiro conseguiu acompanhar mais de perto. Quando chegava o momento do parto, o vínculo era maior e os laços na formação da parentalidade eram fortalecidos a partir do momento da chegada do bebê (Vescosi, 2021).

Com relação à experiência positiva no pré-parto, parto e puerpério, mesmo com todas as restrições impostas pela pandemia e algumas boas práticas sendo impactadas, as participantes consideram que, na percepção delas, conseguiram proporcionar uma experiência positiva às parturientes conforme preconizam a Organização Mundial de Saúde.

Na verdade, acredito sim que as parturientes conseguiram obter uma experiência positiva no parto, pois na casa de parto conseguimos dar a elas uma assistência não modificada (E05)

Acredito que, mesmo com todas as restrições que tivemos que fazer dentro do hospital, conseguimos proporcionar uma experiência positiva no parto e puerpério. (E04)

Nos Estados Unidos, foi publicado um estudo no qual foi pesquisada a experiência de parturientes sobre como é dar à luz em meio a pandemia da COVID-19. Neste estudo, relata-se que, mesmo em meio à pandemia da COVID-19, as instituições foram forçadas a mudar algumas práticas para prevenir a disseminação do novo coronavírus, essas mulheres consideram que tiveram uma experiência positiva no parto e nascimento (Mollard e Wittmaack, 2021).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra a percepção de enfermeiras obstetras em atuação na atenção perinatal na pandemia da COVID-19 que, mesmo com todas as restrições impostas, o medo que as próprias profissionais tinham de ser contaminadas com a COVID-19, tentaram garantir a qualidade da assistência à paciente e que as boas práticas fossem o menos impactada possível. A partir do surgimento do novo coronavírus, surgiram novos protocolos sanitários que levaram as instituições a realizarem alterações no fluxo do atendimento, tanto no âmbito hospitalar, quanto nas casas de parto.

A presença do acompanhante, embora no começo da pandemia tenha sido banido em algumas instituições, com o decorrer do tempo foi se flexibilizando em virtude da lei que garante a permanência de alguém da escolha da mulher em todos os momentos do parto, sendo comprovados os benefícios que o acompanhante proporciona à parturiente em um momento tão especial para ela.

As participantes do estudo relataram queda abrupta do plano de parto, que antes era trazido pelas gestantes, sendo mantido constantemente o partograma e oferecidos líquidos e alimentos na progressão do parto. A movimentação durante o trabalho de parto e os métodos não farmacológicos de alívio da dor, em casos de pacientes com suspeitas ou infectadas com a COVID-19, foram adaptados aos ambientes restritos onde as parturientes estavam isoladas.

Com relação ao impacto nas boas práticas na atenção perinatal, as que sofreram mais impacto foram a presença do acompanhante (que passou a ser flexibilizada com o avanço da vacinação na população), o contato pele a pele imediato após o nascimento e a amamentação na primeira hora de vida.

As *fakenews* espalhadas acerca da pandemia se mostraram prejudiciais em temas, como a amamentação e presença do acompanhante, aumentando o medo do contágio. Mesmo com o impacto abrupto na rede de apoio, tentando ser mantido no meio virtual por meio de chamadas de vídeo e aplicativos de mensagens, as enfermeiras obstetras e obstetras consideram, na percepção delas, que as parturientes têm conseguido obter uma “experiência positiva” no pré-parto, parto e puerpério em meio à pandemia da COVID-19.

## **5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

As limitações deste estudo são encontradas já inicialmente, pois não há estudos anteriores referente ao tema abordado.

Outro ponto a ser observado é que somente foram ouvidas as participantes da pesquisa “Inquérito Nascer Covid”, mediante o número expressivo que o país e o mundo possuem de enfermeiras obstetras. Faz-se necessário um estudo mais aprofundado sobre o tema para conclusões mais concretas.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Parto Adequado**. Brasília (DF): ANS, 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/ Ans](https://www.gov.br/Ans). Acesso em: 25 ago. 2022.

AMAT, B. M.; ALONSO, C. R. P.; AGUILAR, M. T. H. **Good practices in perinatal care and breastfeeding protection during the first wave of the COVID-19 pandemic: a national situation analysis among BFHI maternity hospitals in Spain**. International Breastfeed Journal, v. 16, n. 1, p. 66, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org>. Acesso em: 24 ago. 2022.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **COVID-19 faqs for obstetrician, gynecologists, obstetrics**. United States of America, 2020. Disponível em: [www.acog.org](http://www.acog.org). Acesso em: 24 ago. 2022.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; MELO, A. S. O.; DELGADO, A. M.; FLORENCIO, A. C. M. C. C.; OLIVEIRA, T. V.; LIRA, L. C. S.; SALES, S. G. A.; MELO, B. C. P.; MORAIS, I.; KATZ, L. **COVID-19 e gravidez**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 21, n. Suppl. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 13 dez. 2021.

ARANHA, M. E. P. **Puerpério durante a pandemia de COVID-19: rede de apoio para participantes de um grupo de gestantes e casais grávidos**. Repositório institucional da UFSC. Trabalhos Acadêmicos, 2021. Disponível em: [www.repositorio.ufsc.br](http://www.repositorio.ufsc.br). Acesso em: 29 dez. 2021.

ARAÚJO, J.P; SILVA,R.S; MIRANDA;L.L ; MATHIOLI,C; LAGO,M.T.G; ZANI,A.V. **Presença do acompanhante no parto e nascimento em meio a pandemia COVID-19: representações de puérperas**. Rev Research,Society and Development, v.11,n.3.Disponível em: [www.rsdjournal.org](http://www.rsdjournal.org).Acesso em: 01 de set.2022.

ARNEDO, F. M.; CAICEDO, P. A.; SOSA, C.G.; MUCIO, B.; SUAREZ, J. R.; SAY, L.; CRESSWELL, J. A.; FRANCISCO, L. A.; SERRUYA, S.; LIC, D. C. F. P.; URBINA, L.; HILAIRE, E. S; MUNAYCO, C. V.; GIL, F.; ROUSSELIN, E.; CONTRERAS, L.; STEFAN, A.; BECERRA, A. V.; COLOMAR, M. Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: results from a multicountry collaborative database of 447 deaths. **The Lancet Regional Health-Americas**, v .12. n.100269. 2022. Disponível em: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). Acesso em: Acesso em 14 jun 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERGUELLA, V.; HUGHES, B. L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Pregnancy issues. **UpToDate**, n. 156, p. 127535, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em 24 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Conselhos de enfermagem repudiam desmonte da rede cegonha.** Disponível em: [www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Orientações para conduções de pesquisa e atividades do cep durante a pandemia provocada pela SARS-COV-2(COVID-19).** Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Observatório Covid-19. Semanas epidemiológicas 20 e 21.** Portal de boas práticas, 2021. Disponível em: [www.portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br](http://www.portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Principais Questões sobre e COVID-19 e gestação: Atenção pré-natal e em maternidades.** Portal de boas práticas, 2020. Disponível em: [www.portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br](http://www.portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005. **Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato.** Diário Oficial da União. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Brasília (DF): Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 24 ago. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.** Brasília (DF), 2017. Disponível em: [www.as.saude.ms.gov.br](http://www.as.saude.ms.gov.br). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [www.bvms.saude.gov.br](http://www.bvms.saude.gov.br). Acesso em: 21 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para a assistência a gestante e puérperas frente à pandemia de COVID-19.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [www.portaldeboaspraticas.iff.br](http://www.portaldeboaspraticas.iff.br). Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde cria rede de atenção materna e amplia atendimento para mães e bebês no SUS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [www.aps.saude.gov.br](http://www.aps.saude.gov.br) Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe no atendimento humanizado de gestantes em todo país.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [www.gov.br](http://www.gov.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica n.º 2/2021- secovid/ gab/ secovid/ MS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [www.ministeriodasaude.org.br](http://www.ministeriodasaude.org.br). Acesso em: 20 dez. 2021.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura**: guia básico para serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1995. 16p. Disponível: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Acesso em: 13 novembro, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015. Disponível: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Acesso em: 13 novembro, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 904**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Acesso em: 13 novembro, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999. Disponível: [www.cvs.saude.sp.gov.br](http://www.cvs.saude.sp.gov.br). Acesso em: 13 novembro, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Acesso em: 13 novembro.2022.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Recomendações para a assistência ao recém-nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada**. São Paulo, 2022. Disponível: [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br). Acesso em: 13 novembro.2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Casas de parto começam a chegar no interior do Brasil**. Brasília (DF), 2021. Disponível em: [www.cofen.gov](http://www.cofen.gov). Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Universidade Federal do Maranhão. **Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha**. Universidade Aberta do SUS. São Luís. 2015. Disponível em: [www.ares.unasus.gov.br](http://www.ares.unasus.gov.br). Acesso em: 13 novembro.2022.

DAVIS, B. A.; ANDERSON, D. A.; JOHNSON, K. C. Pivoting the childbirth at home or in freestanding birth Centers in the US during COVID-19: safety, economics and logistics. **Front. Sociol**, v. 6, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org>. Acesso em: 24 ago. 2022.

DINIZ, C. S. G., D'ORSI, E., DOMINGUES, R. M. S. M., TORRES, J. A., DIAS, M. A. B., SCHNECK, C. A., et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. Supl.1, p. S140-S153, 2014. Disponível em: [www.pubmed.ncbi.gov](http://www.pubmed.ncbi.gov). Acesso em: 22 agos. 2022.

DOTTERS-KATZ, S. K; HUGHES, B. L. **Considerations for obstetric care during the COVID-19 pandemic**. Am J Perinatol 2020; Vol.33 p.773-779,2020. . Disponível em: [www.pubmed.ncbi.gov](http://www.pubmed.ncbi.gov). Acesso em: 22 agos. 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Protocolo de atendimento no parto, puerperio e abortamento durante a pandemia da COVID-19**. Brasil. FEBRASGO, 2020. Disponível em: [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br). Acesso em: 16 abr.2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **COVID-19: Atenção a gestantes**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2020. Disponível em: [www.portaldeboaspraticas.iff.br](http://www.portaldeboaspraticas.iff.br). Acesso em: 15 abr. 2020.

KOTLAR, B., GERSON, E., PETRILLO, S., et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en La salud materna y perinatal. **Reprod Health**, v. 18, n. 10, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 24 ago. 2022.

LEAL, L. M., et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**. v. 9, n. 15, 2012. Disponível em: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com>. Acesso em: 29 mar. 2021.

LEAL, L. M.; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P.V.B; AQUINO, E.M.L; BARRETO, M.L;B; BARRETO; F; VICTORA, C. **Saúde reprodutiva,materna,neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde(SUS)**.Rev. Ciência e Saude Coletiva v.23, n. 06, 2018.Disponível em :[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso em: 29 mar. 2021.

MARTINEZ-SALGADO, C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisa qualitativa em saúde. In: Bosi, Maria Lúcia Magalhães; Gastaldo, Denise (Orgs.). Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2021, p.170-201.

MEDINA, E. T.; MOUTA, R. J. O.; SILVA, S. C. de S. B.; GAMA, S. G. N. da. Maternal and neonatal outcomes of deliveries accompanied by obstetric nurses at the normal delivery centers in Brazil: a scoping review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e854997933, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org>. Acesso em: 24 ago. 2022.

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

MITTELBAACH, J.; ALBUQUERQUE, G. A pandemia de COVID-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial de seletividade do direito a acompanhante ao parto. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MOLLARD, E; WITTIMAACK, AMAYA. **Experiences of women who gave birth in US hospitals during the COVID-19 pandemic**. Rev. J patient exp.2021 Jan 12:8. Disponível em: [www.pubmed.ncbi.gov](http://www.pubmed.ncbi.gov). Acesso em 22 agosto. 2022.

OLIVEIRA, V. J; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 15 abr. 2020.

OLIVEIRA, W. K; CAVALCANTI, L.P. G; CRODA,J.**Coronavirus disease Covid-19 pandemic and declaration of public health emergency in Brasil: administrative and epidemiological aspects** .Revista de Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.V.55,p.01.2022.Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).Acesso em: 15 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030):** Sobreviver, Prosperar, Transformar. *Websíte*. 2016. Disponível em: <<http://www.everywomaneverychild.org>. Acesso em: 3 out. 2018.

OSBORNE, L.; KIMMEL, M.C; SURKAN, P.J. **The Crisis of perinatal mental health in the age of COVID-19.** *Rev Maternal Child health Journal*. 2021. Mar. 25(3). Disponível em: [www.pubmed.ncbi.gov](http://www.pubmed.ncbi.gov). Acesso em 22 agosto. 2022.

OSIS, M.J.M.D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva do Brasil.** *Cad Saúde Publi*, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1) 25-32, 1998. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 13 de novembro.2022.

SANTOS, D. J. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. **Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 13-22, jun./mar. 2014. Disponível em: <https://rbmfc.org.br>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SOARES, G. N.; BATISTA, E. A.; ZANON, J.; SILVA, L. F. **As implicações emocionais na saúde dos Enfermeiros durante a pandemia do Coronavirus-SARS-CoV-2.** *Global Academic Nursing Journal*, v. 2, n. 1, p. e80, 2021. [www.globalacademicnursing.com](http://www.globalacademicnursing.com) Acesso em: 30 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Recomendações para a assistência ao recém-nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada.** Programa de reanimação neonatal. mar. 2020. Disponível em: [www.sbp.br](http://www.sbp.br) . Acesso em:30 de mar.2021.

SOUZA, J. P. **A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030).** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015. Disponível em: [www.pesquisabvsalud.org](http://www.pesquisabvsalud.org). Acesso em: 30 de mar.2021.

STOFEL, N. S.; CHRISTINELLI, D.; SILVA, R. C. S.; SALIM, N. R.; BELEZA, A. C. S.; BUSSADORI, J. C. C. **Atenção perinatal na pandemia da COVID-19: análise de diretrizes e protocolos nacionais.** *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 21, n. Suppl. 1, 2021. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso:14 jan. 2022.

VESCOSI, G. **Parentalidade, saúde mental e COVID-19:revisão sistemática rápida.** *Rev. Psicologia, teoria e prática*. Vol.23, n.1.2021. Disponível em: [www.pepsic.bvsalud](http://www.pepsic.bvsalud). Acesso em:14 agos. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Increasing understanding of the impact of the COVID-19 for pregnant women and their babies.** Genova: WHO, 2020. Disponível em: [app.who.int](http://app.who.int). Acesso em 14 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations. **Intrapartum care for a positive childbirth experience.** Genova: WHO, 2018. Disponível em: [app.who.int](http://app.who.int). Acesso em 14 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Care in normal birth: a practical guide.** Genova: WHO, 1996. Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int). Acesso em: 14 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The safe motherhood initiative.** New York: Family Care International. Genova: WHO, 1998. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 14 abr. 2020.

## ANEXO 1: Parecer de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Inquérito Nascer e COVID-19  
**Pesquisador:** Mariana Torreglosa Ruiz  
**Área Temática:**  
**Versão:** 1  
**CAAE:** 45485921.0.0000.5154  
**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.649.652

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO, de 13/04/2021) e do Projeto Detalhado (Inquerito\_Nascer\_COVID.docx, de 13/04/2021).

Segundo as pesquisadoras:

#### INTRODUÇÃO:

"Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgados em meados do mês de março de 2021, apontavam mais de 132 milhões de casos de infecção pelo de infecção pelo SARS-CoV-2 (agente causador da COVID-19) e cerca de 2,9 milhões de óbitos (WHO, 2021). O vírus, detectado pela primeira vez na China, no final de dezembro de 2019, propagou-se globalmente e, em 11 de março, a OMS decretou a pandemia pela COVID-19 (Choi, Jeffers & Logsdon, 2020).

Neste contexto, ressalta-se que alterações fisiológicas da gestação predis põem gestantes a infecções virais e formas mais graves da COVID-19 (Poon et al., 2020; Whitehead & Walker, 2020), sendo consideradas grupo de risco para infecção e prioritário para assistência e testagem para a doença (Poon et al., 2020; Brasil, 2020).

O período gestacional é um estado imunológico único, particular, onde a gestante deve adquirir

**Endereço:** Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões  
**Bairro:** Abadia **CEP:** 38.025-440  
**UF:** MG **Município:** UBERABA  
**Telefone:** (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.049.052

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 ou CNS 510/16 e Norma Operacional 001/2013, a Coordenação do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação ad-referendum do protocolo de pesquisa proposto, situação no dia 14/04/2021.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado ad-referendum pela Coordenação do CEP-UFTM em 14/04/2021.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1733416.pdf	13/04/2021 08:07:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Inquento_Nascer_COVID.docx	13/04/2021 09:06:39	Mariana Tomeglosa Ruiz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/04/2021 09:06:07	Mariana Tomeglosa Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/04/2021 17:15:40	Mariana Tomeglosa Ruiz	Aceito
Outros	TCLE_juizes.pdf	09/04/2021 17:15:29	Mariana Tomeglosa Ruiz	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/04/2021 17:15:09	Mariana Tomeglosa Ruiz	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 159, Casa das Comissões  
 Bairro: Abadia CEP: 38.025-440  
 UF: MG Município: UBERABA  
 Telefone: (34)3793-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br

Página 10 de 14



Continuação do Parecer: 4.049.052

UBERABA, 14 de Abril de 2021

Assinado por:  
 Daniel Fernando Bevolenta Ovigli  
 (Coordenador(a))

## APÊNDICE 1: Instagram do Projeto de Extensão Nascere Covid



< nascere.covid 🔔 ...



225 2.885 340

Publicações Seguidores Seguindo

### Nascere e COVID

Evidências científicas sobre a COVID-19 e gestação, parto e puerpério (pós-parto), com uma linguagem simples e acessível.

[www.even3.com.br/efetivagostodourado](http://www.even3.com.br/efetivagostodourado)

Ver tradução



Seguido(a) por anaizaura,  
marianatorreglosaruz e outras  
24 pessoas

Seguindo ▾

Mensagem



Prematurid...



Vídeos



Aleitamento



Informativos



Webin...



## APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

30/08/2022 23:42

Boas práticas na atenção ao parto e pós-parto na pandemia da COVID-19: percepção de enfermeiras obstetras e obstetrizes

### Boas práticas na atenção ao parto e pós-parto na pandemia da COVID-19: percepção de enfermeiras obstetras e obstetrizes

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos você a participar da pesquisa "Boas práticas na atenção ao parto e pós-parto na pandemia da COVID-19: percepção de enfermeiras obstetras e obstetrizes", que tem como objetivo identificar o impacto da pandemia da COVID-19 nas boas práticas no parto e pós-parto, através da percepção de enfermeiras obstetras e obstetrizes

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior chamado Inquérito Nascer e COVID-19 da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGEnf - UFSCar).

Para isso, gostaria de realizar uma entrevista em ambiente virtual através da plataforma Google Meet®, com duração de aproximadamente 60 minutos, utilizando a seguinte questão disparadora "Conte-me como tem sido prestar cuidado às mulheres no parto e/ou pós-parto durante a pandemia COVID-19. A entrevista será gravada (voz e vídeo) e posteriormente transcrita para que o conteúdo da entrevista não seja perdido.

Além da entrevista gostaria que você respondesse um questionário online de caracterização breve, com duração de aproximadamente 15-20 minutos.

Você terá com uma via deste documento, que traz os contatos da entrevistadora, da coordenadora da pesquisa e do Comitê de ética em pesquisa, para o caso de você desejar comunicar alguma insatisfação ao Comitê. É importante que você salve sua via do documento online.

Caso você aceite participar desta pesquisa, assinale a alternativa 1 - li e aceite e será direcionado para o agendamento da entrevista, através do formulário on-line. Caso não aceite, assinale a alternativa 2, e encerraremos a pesquisa com você.

Para participar será necessário agendar entrevista. O pesquisador gerará um link do Google Meet® e enviará com antecedência de 15 minutos. A entrevista será gravada (voz e vídeo) e a pesquisadora utilizará um roteiro validado com perguntas a respeito da sua vivência profissional no cuidado ao parto e/ou pós-parto durante a pandemia. O tempo de entrevista poderá variar de 30 a 60 minutos, dependendo da sua demanda para maior ou menor tempo de respostas. Para que não percamos nenhuma informação, seu áudio e imagem serão gravados. Após a transcrição será apagado arquivo com a entrevista.

Caso você aceite participar desta pesquisa, suas informações serão coletadas, no entanto elas são confidenciais, e apenas as pesquisadoras terão acesso, além disso, seus dados não serão divulgados, e você será identificada com um nome falso ou códigos, se necessário.

<https://docs.google.com/forms/d/11oPwKf92BGO2Vh9QXVUFwDXhNRVZ9p218MVN6Idt>

1/12

30/08/2022 23:42

Boas práticas na atenção ao parto e pós-parto na pandemia da COVID-19: percepção de enfermeiras obstetras e obstetrizes

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido, bastando você dizer ao pesquisador que lhe enviou este documento. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo.

Não existem riscos para a sua saúde física, mas algumas pessoas podem se sentir emocionalmente desconfortáveis com os temas da entrevista. Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para você.

Como possível desconforto de sua participação, citamos que suas informações podem ser identificadas por terceiros, mas para que isso não ocorra, substituiremos seu nome por códigos, assim, somente os pesquisadores conhecerão sua identidade. Caso haja na sua fala, detalhes que o caracterizem, serão retirados, com seu consentimento. Espera-se que sua participação nesta pesquisa nos ajude a evidenciar o modelo de cuidado oferecido às mulheres durante a pandemia.

Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.  
Cordialmente,  
Cira

Equipe Nascer e COVID  
Coordenadora Geral Inquérito Nascer e COVID-19  
Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz  
Endereço: Praça Manoel Terra, 330, Campus I  
Email: [marianatorreglosa@hotmail.com](mailto:marianatorreglosa@hotmail.com)  
Telefone/Celular: (34) 3318-6416

Pesquisadoras responsáveis da UFSCar:  
Profa. Dra. Monika Wernert  
Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori  
Endereço: Rod Washington Luiz, KM 235, São Carlos.  
e-mail: [monikawernert@ufscar.br](mailto:monikawernert@ufscar.br)

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori  
Endereço: Rod Washington Luiz, KM 235, São Carlos.  
Tel: (16) 997559004 - e-mail: [jamilc@ufscar.br](mailto:jamilc@ufscar.br)

Mestranda Cira Cardoso Freitas  
Endereço: Avenida Coacarya 1057 Bl 01 apto 65-Residencial Alegria, Bairro: Parque Dom Pedro II, Campinas  
Tel: (19) 9 81570114 - Email: [ciraenfermeira@hotmail.com](mailto:ciraenfermeira@hotmail.com)

Esta pesquisa foi aprovada e registrada sob o Parecer nº 4.649.652 (CAAE: 45485921.0.0000.5154) pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da

2/12

30/08/2022 23:42

Boas práticas na atenção ao parto e pós-parto na pandemia da COVID-19: percepção de enfermeiras obstetras e obstetrizes

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

O CEP-UFMT funciona no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia, Cep: 38025-44 - Uberaba-MG - Email: [cep@ufmt.edu.br](mailto:cep@ufmt.edu.br), Telefone (34) 3700-6803. Horários de atendimento : de segunda a sexta-feira, das 08:00 as 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas.

\*Obrigatório

1. E-mail \*

2. Eu li o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo "Cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério durante pandemia pela Covid-19: percepção das mulheres", e receberei uma cópia de minhas respostas pelo e-mail fornecido para respostas ao questionário. \*

Marcar apenas uma oval.

- Opção 1: Li e estou de acordo em participar da pesquisa  
 Opção 2: No momento não estou disponível para participar

Caracterização socioeconômica

3. Data do preenchimento do questionário (data de hoje): \*

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

<https://docs.google.com/forms/d/11oPwKf92BGO2Vh9QXVUFwDXhNRVZ9p218MVN6Idt>

3/12

30/08/2022 23:42

Boas práticas na atenção ao parto e pós-parto na pandemia da COVID-19: percepção de enfermeiras obstetras e obstetrizes

4. Idade em anos completos \*

5. Cor auto-referida \*

Marcar apenas uma oval.

- Preta  
 Parda  
 Vermelha  
 Amarela  
 Branca  
 Não quero informar

6. Estado Civil \*

Marcar apenas uma oval.

- Solteira  
 Casada/União estável  
 Divorciada

7. Qual sexo dado em seu nascimento? \*

Marcar apenas uma oval.

- Masculino  
 Feminino  
 Outros  
 Não deseja responder

<https://docs.google.com/forms/d/11oPwKf92BGO2Vh9QXVUFwDXhNRVZ9p218MVN6Idt>

4/12



## 8. Ocupação \*

Marcar apenas uma oval.

- Trabalha em instituição  
 Trabalha de forma autônoma

## 9. Renda familiar aproximada em salários mínimos \*

\_\_\_\_\_

## Formação acadêmica

## 10. Graduação \*

Marque todas que se aplicam.

- Enfermagem  
 Obstetrícia

## 11. Ano da graduação \*

\_\_\_\_\_

## 12. Pós-graduação \*

Marcar apenas uma oval.

- Pós-graduação Latu-sensu  
 Residência  
 Mestrado  
 Doutorado  
 Pós-doutorado

## 13. Ano da conclusão da maior titulação \*

\_\_\_\_\_

<https://docs.google.com/forms/d/11oPwKR928G02Vh9q00XVUFwDX3aNRVZ9p21hMVN8I/edit>

7/12

## Informações sobre Local de trabalho

Questões sobre local de trabalho durante a Pandemia COVID-19

## 14. Em qual região administrativa do Brasil você trabalha? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sudeste  
 Centro oeste  
 Nordeste  
 Norte  
 Sul

## 15. Ocupação \*

Marcar apenas uma oval.

- Trabalho em instituição  
 Trabalho autônomo

## 16. A instituição que trabalha é... \*

Marcar apenas uma oval.

- Pública (SUS)  
 Privada (Planos de Saúde, Particular)  
 Mista (Pública e Privada)  
 Trabalha em mais de uma instituição  
 Você faz parte de uma equipe autônoma

<https://docs.google.com/forms/d/11oPwKR928G02Vh9q00XVUFwDX3aNRVZ9p21hMVN8I/edit>

6/12

## 17. A instituição que trabalha é... \*

Marcar apenas uma oval.

- Centro Obstétrico de uma Maternidade  
 Centro Cirúrgico de um Hospital Geral  
 Alojamento Conjunto de uma Maternidade  
 Alojamento Conjunto de um Hospital Geral  
 Centro de Parto Normal (Casa de parto)  
 Domicílio

## 18. Considerando o início da Pandemia COVID-19 em março de 2020, qual período \* prestou assistência direta ao parto

Marcar apenas uma oval.

- De março de 2020 até hoje  
 Todo ano de 2020  
 Todo ano de 2021  
 Do início da pandemia até 6 meses em 2020  
 Entre 3 a 6 meses em 2020  
 Menos que 3 meses em 2020  
 Até 6 meses em 2021  
 Entre 3 a 6 meses de 2021  
 Menos que 3 meses em 2021

## 19. Você atende mulheres em trabalho de parto? \*

Marcar apenas uma oval.

- sim  
 não

<https://docs.google.com/forms/d/11oPwKR928G02Vh9q00XVUFwDX3aNRVZ9p21hMVN8I/edit>

7/12

## 20. Se sim, considera ter autonomia para atender a mulher? \*

Marcar apenas uma oval.

- sim  
 em conjunto com médico  
 em conjunto com outra enfermeira ou obstetriz

## 21. Você presta assistência direta no parto? \*

Marcar apenas uma oval.

- sim  
 não

## 22. Se sim, você presta assistência direta no parto? \*

Marcar apenas uma oval.

- sim  
 em conjunto com médico  
 em conjunto com outra enfermeira ou obstetriz

## 23. Você presta assistência direta no pós-parto? \*

Marcar apenas uma oval.

- sim  
 não

## 24. Você atendeu/atende mulheres em trabalho de parto e parto com COVID-19? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

<https://docs.google.com/forms/d/11oPwKR928G02Vh9q00XVUFwDX3aNRVZ9p21hMVN8I/edit>

8/12

30/08/2022 23:42

Boas práticas na atenção ao parto e pós-parto na pandemia da COVID-19: percepção de enfermeiras obstetras e obstétricas

## 25. Você teve/tem medo de ir trabalhar? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

## 26. Instituição em que você trabalha possui alguma certificação ou é integrada a alguma das seguintes iniciativas do Ministério da Saúde? (permite mais de uma opção) \*

Marque todas que se aplicam.

- Hospital Amigo da Criança  
 Rede Cegonha  
 Maternidade Segura  
 Outros  
 Não sabe informar

## 27. Você considera que a Instituição que você trabalha seguiu as recomendações de Boas Práticas de Assistência ao Parto (CONITEC, 2016)? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não  
 Mesmo antes da Pandemia da COVID-19 não seguia  
 Praticamente sim, fez adequações necessárias para contenção da Pandemia da COVID-19

30/08/2022 23:42

Boas práticas na atenção ao parto e pós-parto na pandemia da COVID-19: percepção de enfermeiras obstetras e obstétricas

## 28. Você considera que a Instituição que você trabalha seguiu as recomendações de Boas Práticas de Assistência ao Parto (CONITEC, 2016)? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não  
 Mesmo antes da Pandemia da COVID-19 não seguia  
 Praticamente sim, fez adequações necessárias para contenção da Pandemia da COVID-19

## 29. A Instituição que você trabalha permite a presença de acompanhante?

Marcar apenas uma oval.

- Sim, durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto  
 Sim, somente durante o trabalho de parto e parto  
 Sim, no momento do parto  
 Sim, durante o pós-parto  
 Não, devido a Pandemia  
 Mesmo antes da Pandemia da COVID-19 não permitia

Atualizações

Informações sobre cursos, simpósios, palestra, congressos, simpósios, LIVE na área da saúde materno-infantil

## 30. Participou de algum evento (palestra, congressos, simpósios, LIVE) na área da saúde materno-infantil obstétrica de 2020 até hoje?

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não