



REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DA COVID-19 NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE: OLHAR DA ENFERMAGEM

Greici Naiara Mattei*
Taís Regina Schapko**
Gabriela Denadai Mantovani***
Wilton José de Carvalho Silva****
Maria Aparecida Baggio*****

RESUMO

Objetivo: identificar as repercussões da pandemia da COVID-19 na assistência à parturiente pelo olhar da enfermagem. **Método:** pesquisa qualitativa com profissionais de enfermagem atuantes em centro obstétrico de um hospital-escola do Paraná, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, por *WhatsApp*, entre maio e julho de 2020, com análise de conteúdo temática. **Resultados:** evidenciaram-se mudanças no fluxo de atendimento obstétrico, com ambiente exclusivo para gestantes com suspeita de infecção viral, e influência na via de parto. Houve retrocessos na assistência obstétrica, dificuldades no acesso a informações sobre o parto e nascimento devido à suspensão dos grupos de gestantes. A ausência do acompanhante no período parturitivo comprometeu o estado emocional das parturientes e elevou os sentimentos de ansiedade, tristeza e insegurança das mulheres. Para suporte emocional às parturientes, foram utilizadas estratégias para a aproximação da família, como o uso de chamadas por vídeo do celular. Os profissionais de enfermagem realizaram um cuidado sensível e empático, embora com aumento da demanda de trabalho e cercados de medo da contaminação viral. **Considerações finais:** Adequações institucionais foram realizadas, novas demandas de assistência precisaram ser atendidas pelos profissionais de enfermagem, concomitante ao retrocesso de outras, aumentando os desafios para planejar e realizar a assistência à parturiente.

Palavras-chave: Coronavírus. Cuidados de enfermagem. Enfermagem obstétrica. Pandemias. Parto.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus, especificamente pelo subtipo viral SARS-CoV-2, transmitida por meio de aerossóis e de contato com as gotículas do trato respiratório da pessoa infectada, por meio de tosse ou espirro. É uma doença emergente, identificada pela primeira vez em 2019, na cidade de Wuhan, na China. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto pela doença como uma emergência de saúde pública mundial e, em março do mesmo ano, foi caracterizada como pandemia⁽¹⁾.

No mundo, foram confirmados mais de 660 milhões de casos e registradas mais de seis milhões de mortes pela COVID-19, desde o surgimento da doença até o início do ano de

2023. O continente europeu é responsável pela maior incidência do vírus, seguido do continente americano. Os Estados Unidos da América apresentam o maior número de casos, seguidos pela Índia, França, Alemanha e Brasil⁽²⁾. Apesar do número elevado de infectados pelo vírus, o quantitativo pode estar subestimado, considerando que os indivíduos assintomáticos muitas vezes não acessam os serviços de saúde e, portanto, não são identificados e notificados.

No Brasil, foram registrados mais de 36 milhões de casos e mais de 695 mil óbitos pela COVID-19, desde o começo da pandemia até janeiro de 2023⁽²⁾. O país apresenta a maior taxa de mortalidade materna pela doença, sendo 3,4 vezes maior do que em outros países do mundo, correspondendo a 10% do número total de mortes maternas anuais do país. Ressalta-se que a maior ocorrência dos óbitos maternos pela

*Enfermeira. Saúde Livre Vacinas. E-mail: greici.mattei@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6722-2589>

**Enfermeira. Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira. Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu. E-mail: tais-regina.s@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6813-437X>

***Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública em Região de Fronteira. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. E-mail: gabi.dmantovani@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5734-3253>

****Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. E-mail: wiltocsilva@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0675-0748>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6901-461X>

COVID-19 foi relatada no período puerperal⁽³⁾.

As gestantes apresentam alterações no sistema imunológico que as tornam vulneráveis a infecções virais e respiratórias, como a COVID-19⁽⁴⁾. Elas também ficam mais suscetíveis a apresentar complicações decorrentes da infecção viral por esta doença⁽⁵⁾. Além disso, a baixa qualidade do pré-natal pode contribuir para desfechos negativos à mulher no período gravídico-puerperal, particularmente durante a pandemia, que se configura como barreira de acesso à saúde⁽³⁾.

A suspeita ou diagnóstico da COVID-19 pode elevar as condições estressoras na gravidez⁽⁵⁾ e impactar a saúde mental das mulheres ao maximizar sentimentos que antecedem o parto, como a ansiedade⁽⁶⁾. Neste sentido, os profissionais da enfermagem devem desenvolver ações a fim de evitar a contaminação viral e proporcionar experiências positivas no parto⁽⁵⁾. Sobretudo, para garantir uma assistência de enfermagem adequada é essencial aliar o cuidado no parto e nascimento à realização de práticas baseadas em evidências científicas atualizadas⁽⁷⁾.

O estudo objetivou identificar as repercussões da pandemia da COVID-19 na assistência à parturiente pelo olhar da enfermagem.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, derivado de um projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), que objetivou compreender a perspectiva de profissionais de enfermagem acerca da assistência à mulher em trabalho de parto e parto em um hospital-escola público do Paraná, desenvolvido no período de maio a julho de 2020.

Foram incluídos no estudo enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em um centro obstétrico de um hospital-escola da região Oeste do Paraná. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados do trabalho por licença médica ou férias no período da coleta de dados. Para a coleta, a seleção dos participantes foi por conveniência. Participaram 20 profissionais de enfermagem, sendo cinco enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem.

A explicação sobre o estudo, convite para

participação e agendamento das entrevistas ocorreu por meio de contato telefônico inicial. As entrevistas foram realizadas de forma individual, por uma graduanda de enfermagem, bolsista de PIBIC, em ambiente privativo, por meio do aplicativo *WhatsApp*, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enviado por *e-mail* aos participantes e devolvido assinado por eles.

As entrevistas foram orientadas por questionário semiestruturado, sujeito a teste piloto, e iniciaram com questão norteadora: Fale sobre sua perspectiva acerca da assistência de enfermagem às mulheres em trabalho de parto e parto. Tiveram duração média de 50 minutos cada, foram gravadas em dispositivo eletrônico de áudio e devolvidas por *WhatsApp* para conferência pelas participantes. A coleta de dados foi encerrada após atingir a saturação teórica⁽⁸⁾.

A análise dos dados ocorreu através da análise temática de conteúdo proposta por Minayo⁽⁸⁾. Na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante e interpretativa dos dados, seguida de leitura exaustiva para definição das unidades temáticas e categorias do estudo. Na análise do material, foi realizada a atenuação do conteúdo, a identificação e formação das categorias. Na interpretação dos resultados, buscou-se a conferência dos dados considerando a consistência das categorias temáticas.

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pelas letras “E” e “TE”, relativa a enfermeiro e técnico de enfermagem, respectivamente, seguidas por numeração arábica, conforme a ordem da entrevista (E1...E5, TE1...TE15). Salienta-se que foram escolhidas falas de 13 dos 20 participantes para representar o conteúdo das categorias identificadas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer número 2.053.304/2016.

RESULTADOS

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes são do sexo feminino, com a média de idade de 42,5 anos, 10,5 anos de atuação no centro obstétrico e com tempo de 12,4 anos no hospital-escola. Das cinco enfermeiras, duas possuíam especialização em obstetrícia e uma

estava em andamento. Das 15 técnicas de enfermagem, cinco possuíam graduação em enfermagem, uma estava cursando e quatro possuíam especialização em obstetrícia.

Os resultados serão apresentados em cinco categorias temáticas que discorrem sobre as mudanças nos fluxos de atendimento para assistência ao parto e nascimento, comprometimento na assistência ao pré-natal e parto, retrocessos na assistência à parturiente, cuidado de enfermagem sensível, empático e criativo, e organização do trabalho dos profissionais de enfermagem.

Mudanças no fluxo de atendimento para assistência ao parto e nascimento

De acordo com os profissionais, em decorrência da pandemia, foi instituído um novo fluxo de atendimento às gestantes na assistência ao parto e nascimento. Elas precisavam passar por triagem antes de serem admitidas no centro obstétrico. As gestantes suspeitas ou diagnosticadas com infecção viral eram internadas em setor exclusivo para COVID-19 e o nascimento programado por meio de cesariana. Uma equipe do centro obstétrico era designada para atendimento da mulher e do recém-nascido no centro cirúrgico:

[...] agora elas [mulheres] não podem subir sem passar pela triagem [...] se elas vão internar [...] os guardas da recepção que sobem trazer os pertences [...] mexeu com todo o fluxo do hospital. (TE3)

[...] as gestantes com suspeitas ou confirmadas não estão internando no centro obstétrico, elas internam em outra unidade hospitalar [...] abriu uma ala específica [...]. (TE4)

[...] quando chega com suspeita [...] não sobem [...] vai direto para o centro cirúrgico, faz a cesárea e depois vai direto para ala do COVID. Não chega a ficar aqui dentro do centro obstétrico [...] vai uma técnica para o centro cirúrgico, um residente e um médico para fazer essa cesárea. (TE15)

Além de mudanças no fluxo de atendimento, o uso de máscaras passou a ser obrigatório para equipe de saúde e parturientes para prevenção de transmissão do SARS-CoV-2. Contudo, mesmo com a orientação sobre o uso de máscara, algumas mulheres a retiravam durante o trabalho

de parto. Condição compreendida pelos profissionais, mas que expõe a parturiente ao risco de contágio viral:

[...] a gente orienta as pacientes que estão internadas usarem máscara, mas ninguém suporta usar a máscara 24h e a paciente em trabalho de parto não consegue [...] então elas tiram mesmo [...] são poucas que ficam. (TE15)

Comprometimento na assistência ao pré-natal e parto

Após a admissão da mulher no serviço, os profissionais de enfermagem perceberam um aumento no intervalo entre as consultas de pré-natal. Foi identificado também um aumento nos casos de diabetes e hipertensão gestacional, o que pode estar relacionado à diminuição das consultas pré-natais, dificultando o diagnóstico e tratamento precoces:

[...] elas não tão tendo assistência direta com o obstetra [...] elas fazem os exames e tudo, só que quando elas vão no posto elas vão com o clínico geral [...] aumentou pacientes com diabetes e hipertensão [...]. Os postos ficaram fechados [...] (E5);

[...] a gente pega paciente que a última consulta foi em fevereiro e chega para ganhar neném em julho [...]. Elas falam que é decorrente do posto ter fechado [...]. (TE4)

As consultas de pré-natal foram suspensas no início da pandemia, assim como os encontros dos grupos de gestantes, que ofertavam apoio e realizavam orientações sobre o parto e nascimento. O que pode ter influenciado o nível de conhecimento das mulheres sobre o processo parturitivo. A visita das gestantes ao centro obstétrico foi interrompida, impossibilitando elas conhecerem o ambiente de parto previamente.

[...] ter que parar com o grupo faz falta para elas {mulheres} porque é uma forma de receber orientação [...] influencia muito no trabalho de parto [...]. (TE3)

[...] não foi dado continuidade as reuniões mensais porque não pode ter aglomeração, então, também não tem visita no setor {centro obstétrico}. (TE9)

[...] com a pandemia não tem mais ninguém, nem nesse grupo do HU [hospital universitário] e nem

[...] no posto de saúde e tenho certeza que isso prejudica a mulher porque ela perde de ser orientada [...]. (TE4)

Além disso, os profissionais de saúde notaram redução no número de mulheres que buscavam desnecessariamente o atendimento no ambiente hospitalar por queixas relativas à gestação:

[...] diminui foi aquele volume de pacientes que procuravam “desnecessariamente” o atendimento hospitalar por conta da pandemia [...] queixa que poderia ser resolvida na unidade básica [...] teoricamente o correto seria procurar o hospital universitário em casos de sangramento, perda de líquido, trabalho de parto, falta de movimento do bebê, mais direcionado a “estou perdendo o meu bebê” ou “estou ganhando o meu bebê”. (TE4)

Retrocessos na assistência à parturiente

A pandemia da COVID-19 gerou retrocessos na assistência à parturiente, como a ausência do acompanhante no parto e a restrição do acesso livre a alimentação devido às medidas para reduzir a disseminação viral. O acompanhante foi permitido na instituição somente para gestante menor de idade, o qual permanece no centro obstétrico até o fim do internamento, sem possibilidade de troca:

[...] Nós conseguimos acompanhante de 2018 para cá [...] melhorou muito. Elas se sentem mais seguras, elas têm um suporte maior, melhorou bastante [...]. (TE5)

A gente restringe o acompanhante devido ao risco [...] para segurança delas, para evitar contaminação. (E5)

Antes da pandemia podia ter um acompanhante da escolha dela durante todo o internamento e ele poderia ser trocado a cada 12h [...] nos casos de menores de idade, esse acompanhante tem que entrar e ficar durante o internamento até o momento da alta [...]. A intenção é ter o menor número de pessoas circulando dentro do hospital [...]. (TE4)

[...] não tem como acomodar esse acompanhante por causa da estrutura [...] por ser um lugar muito pequeno[...]. (TE15)

Comumente, as mulheres que não falam português são acompanhadas por uma pessoa que ajude na comunicação entre a gestante e os

profissionais de saúde. Os profissionais de enfermagem descreveram dificuldades na comunicação com mulheres imigrantes, principalmente haitianas, podendo gerar atraso na testagem e diagnóstico da COVID-19:

[...] a preocupação maior é as mulheres haitianas, porque a gente tem dificuldade para se comunicar. Elas não conseguem entender [português] e a gente não consegue entender elas [...]. Ninguém entendia direito o que era, na outra semana foi pedido o exame do COVID e deu positivo [...] divergência e dificuldade na comunicação [...]. (TE4)

A presença do acompanhante reduz a ansiedade, proporciona segurança à mulher, ajuda no alívio da dor, e relembra à mulher as orientações ofertadas pela equipe. A ausência do acompanhante comprometeu o estado emocional das parturientes, e, conseqüentemente, aumentou a demanda dos profissionais de enfermagem:

Antes, quando eles {acompanhantes} estavam [...] era muito bom [...] porque diminuía bastante a ansiedade delas (TE9);

O acompanhante ajuda e orienta. Muitas vezes a paciente não quer ouvir, e o acompanhante está ali, ele ouve [...]. (TE8)

[...] o que a gente fala e orienta, às vezes, elas não aceitam muito porque elas tão sozinhas [...] o acompanhante [...] é uma força a mais que a gente tem [...]. (TE14)

[...] antes elas tinham apoio do esposo, da mãe que estava acompanhando, agora [...] não tem pra quem pedir apoio a não ser a gente {equipe}, mas nós somos desconhecidos [...]. (TE15)

Quando o acompanhante está junto elas se distraem, às vezes colocam uma música, conversa sobre outras coisas, na hora de caminhar eles caminham junto [...] é bem diferente. (TE13)

Com a restrição do acompanhante, as mulheres sentiam insegurança, medo e tristeza. No entanto, entendiam que o motivo dessa restrição era para proteção delas e dos recém-nascidos contra a COVID-19:

[...] agora, na pandemia piorou [...] sem eles [acompanhantes] demanda muito mais o conforto psicológico da paciente [...]. (TE14)

[...] a gente vê a insegurança delas, elas se sentem totalmente desprotegidas [...] então é fundamental o acompanhante no trabalho de parto [...]. (TE7)

[...] agora [...] elas ficam mais chorosas, mais desestimuladas [...] elas se sentem bem mais inseguras. (E3)

[...] elas ficam muito mais desesperadas, elas gritam mais [...]. (TE13)

[...] se sentem inseguras, voltou à insegurança [...] estão com medo. (TE4)

Elas ficam tristes, mas a maioria está entendendo, porque elas têm outros filhos em casa. A gente procura explicar o risco do acompanhante aqui, que aí vai para casa e fica com os filhos em casa ou com os pais [...] a maioria entendeu [...] entendem o risco, elas até falam “eu já estou aqui correndo o risco, não precisa eles virem aqui e correr esse risco de pegar o vírus”. (TE8)

No que se refere à alimentação durante o processo de parto, os lanches e chás que antes ficavam disponíveis na unidade, passaram a ficar restritos à copa para reduzir manipulação por várias pessoas. O acesso aos alimentos ficou restrito aos horários de refeição ou ofertado pela equipe de enfermagem mediante a solicitação pela mulher:

[...] tem um balcão que tem chá, bolachinha e pão, agora com o coronavírus a gente precisou deixar na copa para que seja menos manipulado, mas a gente [equipe de enfermagem] sempre leva para elas quando elas pedem [...]. (E3)

Cuidado de enfermagem sensível, empático e criativo

Os profissionais de enfermagem demonstram cuidado sensível, empático e criativo para suprir as necessidades emocionais das mulheres. Os profissionais transmitiam segurança permanecendo mais tempo ao lado delas, conversando e ofertando apoio:

A gente procura dar suporte o máximo possível [...] a gente procura ficar ali do lado dela [...] é natural passar por essa dor, mas [...] ficar isolada e sozinha isso é desumano [...] a gente [equipe] busca ser o mais humanizado possível porque é um momento muito importante, [...] procura ficar o tempo todo dando assistência para ela para que ela se sinta segura e amparada. (E5)

[...] sem o acompanhante a gente tem que se desdobrar [...] a gente procura ficar mais no quarto [...] acompanhando ela para ver se está tudo bem e conversa e fala que a gente está ali

para ajudar [...]. (TE14)

[...] a gente [equipe] tenta fazer de tudo para compensar a falta do acompanhante dando apoio e ficando com ela o máximo possível [...] os R1 [...] estão muito mais envolvidos com a paciente [...] o médico está bem mais presente dentro do quarto [...] isso é muito bom, torna até o atendimento mais humanizado. (TE4)

Algumas estratégias foram adotadas no momento do parto para aproximação da mulher com a família, como a permissão do uso do celular. Após o nascimento do bebê, a equipe incentivava que a mulher cortasse o cordão umbilical, ato antes atrelado ao companheiro ou ao profissional; permitia chamadas por vídeo do celular e envio de fotos para o companheiro e para a família.

[...] agora que não tem acompanhante a gente pede se a paciente quer cortar o cordão umbilical do bebê [...]. (E3)

[...] foi liberado todas ficarem com o celular. Elas conseguem entrar em contato com a família [...]. (TE4)

[...] a gente tem feito fotos da mãe e do bebê para elas enviarem para os familiares [...]. (TE14)

[...] na hora que nasce o bebê tem umas que querem fazer chamada de vídeo [...] tirar foto para mandar para o marido com o bebezinho ali no peito e faz chamada de vídeo. O marido chora do outro lado, ela chora ali. (TE11)

Todavia, em razão de haver períodos de superlotação do serviço, nem sempre a oferta do cuidado sensível e empático no processo de parto foi possível:

[...] todo o suporte [...] quem dá agora é a enfermagem [...], mas nem sempre conseguem ficar e dar o suporte que ela precisa [...]. (E4)

[...] às vezes o setor está superlotado e a gente não consegue dar uma atenção merecida para cada uma [...]. (TE13)

Em razão da pandemia, as atividades de ensino no centro obstétrico foram suspensas, conseqüentemente houve a redução de intervenções no trabalho de parto. Com a ausência dos acadêmicos de medicina, o exame de toque vaginal passou a ser realizado com menos frequência no processo parturitivo:

Agora [na pandemia] que não tem mais acadêmico de medicina, o toque é com menos

frequência [...]. (TE13)

[...] acadêmicos de medicina, agora não tem por conta da pandemia [...] eles [...] querem ficar tocando de hora em hora. (TE10)

[...] a gente não está tendo [acadêmicos], mas é um hospital escola [...] eles têm que aprender, tem que examinar, mesmo quem não está examinando [...] têm que estar junto olhando [...] melhorou bastante [toque] [...] atualmente diminuiu. (TE9)

Organização do trabalho dos profissionais de enfermagem

Os profissionais de enfermagem referiram trabalhar com medo devido à exposição ao vírus e que o afastamento do trabalho de profissionais por suspeita ou diagnóstico da COVID-19 ou por ser de grupo de risco gerou um aumento de demanda aos que permaneceram atuantes. As férias de funcionários que não eram do grupo de risco foram suspensas.

[...] a gente tem que trabalhar igual e trabalha com medo porque não sabe se a pessoa que chega ali na porta tem COVID ou não e a gente trabalha muito exposto [...] as férias foram todas canceladas [...] os funcionários foram adoecendo [...] não tem funcionário suficiente para oferecer a assistência que a paciente precisaria [...] sobrecarregou os funcionários que ficaram trabalhando. (TE4)

[...] trabalhamos com muita dificuldade [...] se desdobra bastante [...] tem que cobrir o funcionário que está em falta [...] tentar fechar a escala [...] na minha noite ficaram duas afastadas, depois eu me afastei, e depois se afastaram mais duas da outra noite [...]. (TE15)

Teve funcionários que tiveram suspeita e uns confirmados, foram suspensos vários funcionários [...]. A maioria do pessoal que foi afastado foi da enfermagem [...] os médicos que foram afastados foi por conta da idade, por ser do grupo de risco (TE3);

[...] bastante gente da equipe testou positivo, até mais do que na ala COVID [...]. (TE14)

As parturientes, na opinião dos profissionais, sentiam medo de se contaminar pela COVID-19 e contaminar o recém-nascido. Portanto, foram intensificados o uso de máscaras, a higienização das mãos, dos materiais e equipamentos.

As mulheres têm medo de se contaminar e

contaminar o neném, elas tinham essa insegurança. A equipe também tem medo de se contaminar [...] a gente não tira máscara, a lavagem de mãos aumentou 100% [...] a gente se preocupa mais [...] cuidados com a cama, maca, lavagem das mãos, superfície, tudo [...]. (TE3)

[...] a gente aprendeu a se cuidar um pouco mais como profissional de saúde. (TE15)

DISCUSSÃO

O atendimento às mulheres no período gravídico puerperal, durante a pandemia da COVID-19, deve garantir o mínimo de exposição possível a fim de minimizar o risco de contaminação viral⁽⁹⁾. Para isso, foram elaborados novos fluxos de atendimento, como a realização de triagem respiratória. Na apresentação de sintomas suspeitos da COVID-19, as gestantes deveriam ser direcionadas para setor específico para o atendimento⁽¹⁰⁾.

No ambiente de parto, as parturientes fizeram o uso da máscara cirúrgica durante o trabalho de parto, sendo permitida a retirada da máscara durante o período expulsivo, desde que a equipe de saúde estivesse com a paramentação adequada, a fim de reduzir o risco de transmissão viral⁽¹⁰⁾.

Durante o estudo, o tipo de parto era definido com base nos fatores obstétricos e avaliação clínica do bem estar materno-infantil⁽¹¹⁾. Provavelmente, as poucas evidências científicas quanto à transmissão vertical da COVID-19 possam justificar a escolha médica por cesariana⁽¹²⁻¹³⁾. Contudo, convém salientar que o Brasil apresenta uma das maiores taxas de parto cesáreo do mundo, independente da pandemia COVID-19⁽³⁾.

A pandemia gerou medo às gestantes, em alguns casos as mulheres evitaram ou adiaram o pré-natal presencial devido a sintomas respiratórios, isolamento domiciliar ou tratamento da COVID-19. As consultas pré-natais foram continuadas durante a pandemia COVID-19 com modificações na forma de atendimentos, como o uso da telessaúde. No entanto, algumas barreiras podem ter comprometido o uso dessa estratégia como a ausência de tecnologia disponível para acesso a meios remotos⁽¹⁴⁾.

O uso de tecnologias pode auxiliar na

continuidade da assistência no período gravídico-puerperal, sem maiores prejuízos, de forma a estreitar laços e prestar o suporte necessário às mulheres na gestação, superando as dificuldades impostas pela pandemia⁽¹⁵⁾. A ligação por vídeo foi uma alternativa para os familiares participarem e transmitirem apoio à mulher no trabalho de parto.

A ausência de acompanhamento pré-natal pode impactar a saúde materna, com o aumento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus⁽¹¹⁾, identificados com maior frequência na pandemia, conforme relataram os profissionais do estudo. Esse fator pode estar relacionado à realização do pré-natal de forma inadequada e à suspensão dos grupos de gestantes presenciais. Esses grupos aproximam a mulher dos profissionais de saúde e oportuniza a identificação precoce de riscos à saúde materno-infantil, permitindo o monitoramento e tratamento adequado⁽¹⁶⁾.

A presença do acompanhante de escolha da gestante durante todo o processo parturitivo é um direito da mulher garantido em lei e faz parte das boas práticas recomendadas durante o processo de parturição⁽¹⁷⁾. O acompanhante proporciona apoio, confiança e segurança a mulher, além de possibilitar melhor evolução no processo fisiológico do trabalho de parto e propiciar uma vivência positiva do parto e nascimento. Logo, não se trata apenas de garantir a parturiente um direito previsto por lei, mas de favorecer seu processo de parturição⁽¹⁸⁾.

Durante a pandemia o direito ao acompanhante no parto deve ser garantido após triagem e avaliação quanto a sintomas respiratórios, restringindo o acesso de pessoas infectadas pela COVID-19. Algumas restrições de acesso foram impostas aos visitantes, como a permissão de apenas uma pessoa para trabalho de parto e parto. A presença de doulas também foi restrita devido à pandemia COVID-19, gerando retrocessos na assistência à parturiente⁽⁴⁾.

Em algumas instituições de saúde, o acesso para o acompanhante é liberado desde que se apresente assintomático. Entretanto, em outras, há restrição da sua presença⁽¹⁹⁾. Visando a reduzir a circulação de pessoas também foi limitado o acesso de gestantes entre os ambientes, restringindo a deambulação das

mulheres em trabalho de parto⁽⁴⁾. Importante destacar que, mesmo com a pandemia, os direitos da parturiente devem ser respeitados.

A restrição de líquidos ou alimentos não é recomendada no parto. A alimentação deve ser ofertada de forma livre conforme tolerância de cada gestante⁽⁵⁾. Contudo, no serviço estudado, embora os alimentos e líquidos estivessem disponíveis, o acesso e oferta à parturiente eram restritos aos profissionais da equipe. Neste sentido, em razão da pandemia da COVID-19, as restrições estabelecidas pelos serviços de saúde dificultaram a garantia de direitos às parturientes.

O profissional de enfermagem deve realizar a assistência de forma humanizada e de qualidade conforme as necessidades de cada parturiente, a fim de reduzir as experiências negativas durante o parto e nascimento⁽²⁰⁾. A divulgação de informações sobre a COVID-19 e sobre os protocolos institucionais previamente à internação favorece o conhecimento e entendimento das parturientes, as deixando mais seguras com relação ao parto^(6,21). O isolamento social durante o trabalho de parto, assim como a minimização de contatos externos devido ao risco de contaminação viral favoreceu a empatia dos profissionais com as mulheres e fortaleceu o vínculo e o apoio emocional às parturientes⁽²²⁾.

A infecção de profissionais de saúde pela COVID-19 durante a assistência é uma preocupação do sistema de saúde⁽²¹⁾. Diante disso, o número de profissionais em contato com os pacientes suspeitos e infectados pela COVID-19 deve ser restrito ao mínimo possível. Em caso de indução do trabalho de parto por indicações obstétricas, devem-se priorizar métodos que minimizem a necessidade de monitoramento, assim como, a minimização dos toques vaginais^(21,23).

A quarentena é uma das principais medidas para reduzir o risco de transmissão da doença. No período do estudo, a recomendação vigente era que, se um membro da equipe de saúde era suspeito ou diagnosticado com a COVID-19, toda a sua equipe deveria ser afastada do serviço, por, no mínimo, duas semanas⁽¹¹⁾, o que gerou um aumento das demandas aos demais profissionais da instituição. Além da sobrecarga de trabalho, a incerteza sobre a pandemia e situações estressoras em conjunto com os riscos

de contágio da doença afetaram diretamente a saúde mental dos profissionais de saúde⁽⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia gerou retrocessos na assistência obstétrica e interferiu no acesso a informações sobre o parto e nascimento com a suspensão dos encontros de grupos de pré-natal. A ausência do acompanhante no período parturitivo devido à pandemia elevou os sentimentos de ansiedade, tristeza e insegurança das mulheres. Também foram restritas as visitas ao local de parto previamente.

A infecção viral influenciou na escolha da via de nascimento durante a suspeita ou diagnóstico da COVID-19, restringiu a oferta de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto. Para o suporte emocional das parturientes, foram utilizadas estratégias para a aproximação da família, como o uso de chamadas por vídeo do celular. Para humanização do parto, as mulheres

foram estimuladas a cortar o cordão umbilical do recém-nascido, ato antes atrelado ao companheiro ou ao profissional.

Adequações institucionais foram realizadas, novas demandas de assistência precisaram ser atendidas pelos profissionais de enfermagem, concomitante ao retrocesso de outras, aumentando os desafios para planejar e realizar a assistência à parturiente. No entanto, a assistência foi realizada por meio de um cuidado sensível e empático, mesmo com o medo de contaminação pelo vírus e do aumento da demanda para as equipes de saúde.

O estudo se limitou a entrevistar profissionais de enfermagem, de uma única instituição, contudo referência para o parto de risco habitual, intermediário e alto risco em uma regional de saúde do estado do Paraná, com 25 municípios. A compreensão da assistência obstétrica em tempo de pandemia, em outras realidades, considerando a visão da parturiente, é recomendada.

REPERCUSSIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC IN THE ASSISTANCE TO THE PARTURIENT WOMAN: NURSING GAZE

ABSTRACT

Objetivo: identificar as repercussões da pandemia da COVID-19 na assistência à parturiente pelo olhar da enfermagem. **Método:** pesquisa qualitativa com profissionais de enfermagem atuantes em centro obstétrico de um hospital-escola do Paraná, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, por *WhatsApp*, entre maio e julho de 2020, com análise de conteúdo temática. **Resultados:** evidenciaram-se mudanças no fluxo de atendimento obstétrico, com ambiente exclusivo para gestantes com suspeita de infecção viral, e influência na via de parto. Houve retrocessos na assistência obstétrica, dificuldades no acesso a informações sobre o parto e nascimento devido à suspensão dos grupos de gestantes. A ausência do acompanhante no período parturitivo comprometeu o estado emocional das parturientes e elevou os sentimentos de ansiedade, tristeza e insegurança das mulheres. Para suporte emocional às parturientes, foram utilizadas estratégias para a aproximação da família, como o uso de chamadas por vídeo do celular. Os profissionais de enfermagem realizaram um cuidado sensível e empático, embora com aumento da demanda de trabalho e cercados de medo da contaminação viral. **Considerações finais:** adequações institucionais foram realizadas, novas demandas de assistência precisaram ser atendidas pelos profissionais de enfermagem, concomitante ao retrocesso de outras, aumentando os desafios para planejar e realizar a assistência à parturiente.

Keywords: Coronavírus. Cuidados de enfermagem. Enfermagem obstétrica. Pandemias. Parto.

REPERCUSIONES DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA ASISTENCIA A LA PARTURIENTA: PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Objetivo: identificar las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la asistencia a la parturienta por la perspectiva de la enfermería. **Método:** investigación cualitativa con profesionales de enfermería actuantes en centro obstétrico de un hospital-escuela de Paraná-Brasil, realizada por medio de entrevistas semiestruturadas, por *WhatsApp*, entre mayo y julio de 2020, con análisis de contenido temático. **Resultados:** se evidenciaron cambios en el flujo de atención obstétrica, con ambiente exclusivo para gestantes con sospecha de infección viral, e influencia en la vía de parto. Hubo retrocesos en la asistencia obstétrica, dificultades en el acceso a informaciones sobre el parto y nacimiento debido a la suspensión de los grupos de gestantes. La ausencia del acompañante en el período del parto comprometió el estado emocional de las parturientas y elevó los sentimientos de ansiedad, tristeza e inseguridad de las mujeres. Para apoyo emocional a las parturientas, se

utilizaram estratégias para la aproximación de la familia, como el uso de llamadas por video del celular. Los profesionales de enfermería realizaron un cuidado sensible y empático, aunque con aumento de la demanda de trabajo y rodeados de miedo a la contaminación viral. **Consideraciones finales:** adaptaciones institucionales fueron realizadas, las nuevas demandas de asistencia necesitaron ser atendidas por los profesionales de enfermería, concomitante al retroceso de otras, aumentando los desafíos para planificar y realizar la asistencia a la parturienta.

Palabras clave: Coronavirus. Cuidados de enfermería. Enfermería obstétrica. Pandemias. Parto.

REFERÊNCIAS

1. Safadi MAP. The intriguing features of COVID-19 in children and its impact on the pandemic. *J. Pediatr.* 2020; 96(3):265-268. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2020.04.001>
2. World Health Organization. WHO. Who Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. [Acesso 10 jan 2023]. Disponível em: <https://covid19.who.int>
3. Takemoto ML, Menezes MDO, Andreucci CB, Pereira NM, Amorim MM, Katz L, et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2020; 151(1):154-156. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>
4. Boelig RC, Manuck T, Oliver EA, Di Mascio D, Saccone G, Bellussi F, et al. Labor and delivery guidance for COVID-19. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2020; 2(2):100-110 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100110>
5. Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. Care recommendations for parturiente and post partum women and newborns during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2020; 28:e3359 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4596.3359>
6. Preis H, Mahaffey B, Heiselman C, Lobel M. Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2020; 2(3):e100155. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100155>
7. Dulfe PAM, Alves VH, Pereira AV, Vieira BDG, Rodrigues DP, Marchiori GRS. Nurse-midwives reconfiguring care in the scope of labor and births in COVID-19 times. *Rev. Bras. Enferm.* 2021; 74(Suppl 1):e20200863. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0863>
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
9. Sabatino J, Moscatelli S, Rustamova Y, Kotlar I, Avesani M, Brida M, et al. Women's perspective on the COVID-19 pandemic: Walking into a post-peakphase. *Int. J. Cardiol.* 2020; 323:29-33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2020.08.025>
10. Abdollahpour S, Khadivzadeh T. Improving the quality of care in pregnancy and child birth with coronavirus (COVID-19): a systematic review. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2020; 35(8):1601-1609. DOI: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1759540>
11. Dashraath P, Jeslyn WJL, Karen LMX, Min LL, Sarah L, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2020; 222(6):521-531. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>
12. Liu W, Wang Q, Zhang Q, Chen L, Chen J, Zhang B, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy: a case series. *Preprints.* 2020; e2020020373. Disponível em: <https://www.preprints.org/manuscript/202002.0373/v1>
13. Chen Y, Li Z, Zhang YY, Zhao WH, Yu ZY. Maternal health care management during the outbreak of coronavirus disease 2019. *J. Med. Virol.* 2020; 92(7):731-739. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.25787>
14. Fryer K, Delgado A, Foti T, Reid CN, Marshall J. Implementation of obstetric telehealth during COVID-19 and beyond. *Matern. Child. Health J.* 2020; 24(9):1104-1110. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02967-7>
15. Alves FLC, Castro EM, Souza FKR, Lira MCPS, Rodrigues FLS, Pereira LP. Group of high-risk pregnant women as a health education strategy. *Rev. Gaúch. Enferm.* 2019; 40:e20180023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>
16. Vieira BDC, Backes MTS, Costa LD, Fernandes VMB, Dias HHZR, Backes DS. Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(3):191-196. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt_0034-7167-reben-72-s3-0191.pdf
17. Gomes IEM, Padoin SMM, Langendorf TF, Paula CC, Gomes CA, Ribeiro AC. Benefits of the presence of a companion during the process of labor and delivery: integrative review. *Rev. Enferm. UFSM.* 2019; 9(61):1-18. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769234170>
18. Vivanti AJ, Deruelle P, Picone O, Guillaume S, Roze JC, Mulin B, et al. Follow-up for pregnant women during the COVID-19 pandemic: French national authority for health recommendations. *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.* 2020; 49(7):101804. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101804>
19. Patuzzi GC, Schuster RV, Ritter SK, Neutzling AL, da Luz CB, Canassa CDCT. Flow of care in an obstetric center in the face of the COVID-19 pandemic: experience report. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2021; 20:e56189. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.56189>
20. Coxon K, Turienzo CF, Kweekel L, Goodarzi B, Brigante L, Simon A, et al. The impact of the Coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery.* 2020; 88:102779. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>
21. Küçükürkmen B, Baskaya Y, Özdemir K. A qualitative study of Turkish midwives' experience of providing care to pregnant women infected with COVID-19. *Midwifery.* 2022; 105:103206. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103206>
22. Paixão GPN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. Maternal solitude before the new guidelines in SARS-COV-2 times: a Brazilian cutting. *Rev. Gaúch. Enferm.* 2021; 42 (esp):e20200165. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>
23. López M, Gonce A, Meler E, Plaza A, Hernández S, Martínez-Portilla RJ, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnancy: a clinical management protocol and considerations for practice. *Fetal Diagn. Ther.* 2020; 47(7):519-528. DOI: <https://doi.org/10.1159/000508487>

Endereço para correspondência: Maria Aparecida Baggio. Rua Osvaldo Cruz, 2602 apto 1303. Cascavel, PR. CEP: 85810-150. E-mail: mariaabaggio@yahoo.com.br

Data de recebimento: 20/08/2022

Data de aprovação: 25/01/2023